

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Hana Slaná**

**Manželské soužití bývalé uživatelky alkoholu se stále závislým  
partnerem – případová studie**

A case study of a recovering alcoholic wife living together with an  
alcoholic husband

**Diplomová práce**

Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 4. 2017

Bc. HANA SLANÁ

.....  
(podpis)

## **Identifikační záznam**

SLANÁ, Hana. *Manželské soužití bývalé uživatelky alkoholu se stále závislým partnerem – případová studie. [A case study of a recovering alcoholic wife living together with an alcoholic husband]*. Praha 2017. 110 stran, 11 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Kalina, Kamil.

## **Poděkování**

Děkuji panu doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za odborné vedení, poskytování podnětných rad během konzultací a materiálních podkladů. Především si vážím jeho trpělivosti při tvorbě této diplomové práce.

Velice děkuji svým respondentům, bez jejichž vstřícného přístupu by práce tohoto formátu nemohla nikdy vzniknout.

Poděkování rovněž patří celé mé rodině. Především jsem vděčná svým rodičům – Petrovi a Gabriele. Neboť mi v průběhu celého dosavadního života, ale především v období studia poskytovali zázemí a nezměrnou psychickou i finanční podporu. DĚKUJI.

## Abstrakt

**Východiska:** Abstinující, bývalá uživatelka alkoholu, která žije v manželství se stále aktivním uživatelem alkoholu. Koncept spoluzávislosti (kodependence) (Kudrle, 2003, Whitfield, 1991). Odhodlání a souhlas manželů podílet se na vzniku klinické kazuistiky týkající se alkoholu a jeho vlivu na jejich společné soužití.

**Cíl a výzkumné otázky:** Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou. Hlavní otázka výzkumu: *Jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou?* Doplnující výzkumné otázky: 1) *Považují respondenti manželství za harmonické, splňuje jejich představu ideálního vztahu?* 2) *Jakou roli zaujímají v tomto vztahu respondenti – vyskytuje se v jejich vztahu spoluzávislost?* 3) *Jaké techniky prevence relapsu respondentka využívá k udržování abstinence?* 4) *Jaké okolnosti či situace by respondenta mohli motivovat k abstinenci?*

**Metodologie:** Data výzkumu, potřebná ke zpracování případové studie byla nabyta prostřednictvím kvalitativních nástrojů. Hlavní metoda sběru dat – semistrukturované, hloubkové interview (Miovský, 2006). Doplnující metody – zdravotnická dokumentace respondentů, dotazník kvality života (WHOQOL-BREF) (WHO, 1996), test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT) (Babor et al., 2001) a dotazník závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (Nešpor, 2011). Taktéž časová osa a křivka života. K získání respondentů byla zvolena metoda totálního výběru výzkumného souboru. Základní soubor tedy koresponduje s výběrovým souborem. Rozhovory byly doslovně přepsány a zpracovány pomocí tematické analýzy. Dotazníky byly vyhodnoceny podle již předem stanoveného postupu autorů.

**Výsledky:** Závislost na alkoholu má na vztah destruktivní účinky. Manželství respondentů je tedy náročné, nicméně funguje. Touha nezůstat v životě sám, pud sebezáchovy, potřeba pomáhat jeden druhému, to jsou hlavní motivy, které stojí za vznikem a udržení jejich vztahu. Vzhledem, ke skutečnosti, že jsou oba „alkoholici“, mají schopnost se lépe vcítit do partnerova prožívání. Ačkoliv dnes mají jiné představy o životě, vydrželi spolu již 24 let, stále se respektují a tolerují. Manželský vztah respondentů se tedy výrazně neliší od ostatních párů, které také sužuje spoluzávislost.

**Závěr:** Na základě získaných výsledků je nyní možné popsat, jak probíhá společné soužití abstinujícího a závislého partnera. Nicméně výsledky výzkumu nelze zobecňovat, vzhledem ke skutečnosti, že práce vznikla pouze z výpovědi jednoho manželského páru. Specifičnost a subjektivní charakter případové studie nám to neumožňuje. Vztah dvou závislých osob a kodependence jsou jevy, se kterými se v kazuistice setkáváme. Jelikož se tomuto fenoménu v České republice, nikdo z odborníků výrazně nevěnuje, i proto chceme na tato opomíjená témata v práci upozornit.

**Klíčová slova:** spoluzávislost – manželství – alkohol – syndrom závislosti – abstinence

## Abstract

**Background:** Abstinent woman, former alcohol user, who is in marriage with active alcohol user. Concept co-dependency (Kudrle, 2003, Whitfield, 1991). Determination, agreement and the will of the married couple for participation in this case study concerning alcohol use and its effects on their coexistence.

**Objectives and research questions:** The main objective of this thesis was to investigate the coexistence of an alcohol-dependent husband with abstinent wife. The main research question was: *How is the coexistence of dependent partner with abstinent wife?* Additional research questions were: 1) *Does, the coexistence look as harmonic in the eyes of the couple and does it fulfil the image of the ideal partnership?* 2) *What is the role of the respondents in the partnership – is there a sign of co-dependency?* 3) *Which are the relaps prevention techniques the wife use for maintaining the abstinence?* 4) *What circumstance or situations may motivate the husband to quit alcohol use?*

**Methodology:** The gathering of data for this case study was done by qualitative approach. The main collection methods were the semi-structures in-depth interviews (Miovský, 2006). As the additional methods the study of the medical records of respondents, Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) (WHO, 1996), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor et al., 2001), Dependency questionnaire of International Classification of Diseases, 10th revision (Nešpor, 2011), and the timeline method and curve-of-basic sample is the same as the research sample. The semi-structures in-depth interviews were verbatim written down and processed by the thematic analysis. Questionnaires were assessed as they were mean to.

**Results:** Alcohol dependence has a destructive thus the marriage of the couple is hard yet functional. The desire to avoid the loneliness, self-preservation instinct and the need to help the neighbour are the main motivation, which are standing behind the rise and preservation of their partnership. Both individuals have some experience with alcohol dependence so they have the ability for 24 years with respect and tolerance. This marriage is not by different from other marriages threatened by the co-dependency.

**Conclusion:** By the basis of the data collected it is now possible to describe the coexistence of abstinent and dependent partner. The results cannot be generalized because this these is based only on one couple interviews. Specifications and subject character of the case study are the main limitations. Relationship of two dependent persons and co-dependency are the phenomena mentioned in this these. This topic, perhaps neglected, is not a common scientific field of research in Czech Republic and therefore we want to point it out.

**Keywords:** co-dependency – marriage – alcohol – dependence syndrome – abstinence

# Obsah

Úvod.....	10
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Alkohol – definice a charakteristika pojmu .....</b>	<b>11</b>
1.1 Účinky alkoholu .....	12
1.2 Stádia intoxikace .....	13
1.3 Důsledky a následky konzumace alkoholu .....	14
<b>2 Syndrom závislosti na alkoholu – „Alkoholismus“ .....</b>	<b>16</b>
2.1 Etiologie alkoholismu .....	17
2.2 Stádia alkoholismu a typologie abúzu.....	18
2.3 Léčba alkoholismu a jeho prevence .....	20
<b>3 Závislost na alkoholu – rodinné a manželské faktory .....</b>	<b>23</b>
3.1 Vliv rodiny na závislost .....	23
3.2 Vliv manželství na závislost.....	25
3.3 Závislost – rodinná a manželská trápení .....	27
<b>4 Spoluzávislost – definice a charakteristika pojmu .....</b>	<b>29</b>
4.1 Vznik a projevy spoluzávislosti .....	30
4.2 Stádia spoluzávislosti .....	32
4.3 Diagnostika a léčebné intervence.....	33
<b>5 „Záchrana“ jménem abstinence a ostatní léčebné postupy .....</b>	<b>35</b>
5.1 Stádia abstinence .....	35
5.2 Prevence vzniku re/lapsu a recidivy.....	36
5.3 Párová terapie, jako možné východisko? .....	37

<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE .....</b>	<b>39</b>
<b>1 Kasuistická práce – případová studie.....</b>	<b>39</b>
<b>2 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek .....</b>	<b>39</b>
2.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu .....	39
2.2 Výzkumné otázky.....	40
<b>3 Výběr případu.....</b>	<b>40</b>
<b>4 Metodika výzkumu .....</b>	<b>41</b>
4.1 Základní metody sběru dat .....	41
4.2 Doplnující metody sběru dat .....	42
4.3 Výzkumný soubor .....	43
4.4 Metody analýzy dat .....	43
4.5 Metodologické limity výzkumu .....	44
<b>5 Časový a technický plán.....</b>	<b>45</b>
<b>6 Etika.....</b>	<b>46</b>
<b>7 Podrobná charakteristika subjektů kasuistiky.....</b>	<b>47</b>
7.1 Kasuistika – EVA.....	47
7.2 Kasuistika – ADAM.....	56
7.3 Společná léčba, vztah, manželství a život v zahraničí .....	61
7.4 Kniha Nejbližší – ADAM .....	68
<b>8 Rozbor případu ADAMA a EVY – práce s metodami.....</b>	<b>69</b>
8.1 Slovo autorky, před rozbořem případu.....	69
8.2 Časová osa a křivka života .....	69
8.3 Životní události v datech.....	71



8.4	Schéma životních událostí.....	72
8.5	Tematická analýza.....	72
8.6	Modelové schéma případu .....	73
8.7	Závěrečné shrnutí případu .....	80
	<b>Výsledky výzkumu a diskuze .....</b>	<b>81</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>86</b>
	<b>Použité zdroje a literatura.....</b>	<b>87</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>92</b>
	<b>Prohlášení zájemce o nahlédnutí .....</b>	<b>110</b>

## Úvod

Již v minulosti bylo a nepochybně také v budoucnosti bude sepsáno mnoho odborných, adiktologických studií se zaměřením na konzumaci alkoholických nápojů. Ovšem, jak nám již název napovídá: „*Manželské soužití bývalé uživatelky alkoholu se stále závislým partnerem – případová studie*“. Tato diplomová práce bude v empirické části na kazuistických případech, jednoho odvážného, manželského páru demonstrovat poznatky a fakta týkající se nejen užívání alkoholu, ale také jeho vlivu na manželské soužití. V textu je dále věnována pozornost pojmu spoluzávislost. Jedná se o jev, který se může v rodinném systému vyskytovat. Obvykle se objevuje u rodinných příslušníků, kteří jsou v těsné blízkosti se závislou osobou na jakékoliv návykové látce.

Teoretická část práce vychází zejména ze zvolených klíčových slov. Je zpracována tak, aby obsahově korespondovala s daným tématem. Na teorii volně navazuje část empirická, kterou elementárně tvoří podrobné kazuistiky manželů. Data autorka primárně čerpala ze série narativních rozhovorů, které s respondenty absolvovala – *semistrukturované, hloubkové interview* (Miovský, 2006). V práci jsou využity také záznamy z doplňujících metod – zdravotnická dokumentace respondentů, *dotazník kvality života – WHOQOL-BREF* (World Health Organization, 1996), *test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu – AUDIT* (Babor et al., 2001) a *dotazník závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize* (Nešpor, 2011). Vybrané sekundární metody nám pomáhají dotvářet ucelený rámec případové studie.

K volbě tématu autorku inspiroval samotný manželský pár, který osobně zná již od dětství. A troufá si tvrdit, že právě jedinečnost a složitost případu ji nadchla ke vzniku a zpracování tohoto tématu. Jehož výsledný obsah můžeme bezpochyby nazvat, jako jejich „osobní zpověď“. Manželé byli ochotni, aktivně spolupracovat již před tvorbou samotné kazuistiky. Heroicky otevřeli dveře do své pomyslné 13. komnaty. A v rámci výzkumného šetření umožnili autorce nahlédnout do jejich společného života – do jejich soukromí.

Alkohol je návyková substance, která hraje v tomto manželství klíčovou roli. Dokázal jejich životy zcela obrátit naruby, nicméně také jim umožnil poznat jeden druhého. Manželství trvá déle než 20 let. A i přes veškeré překážky či dokonce předsudky (vycházející z různých pramenů), nějakým – možná „záhadným“ způsobem funguje. Ale abychom v úvodu nepředbíhali a neprozradili příliš...

Hlavním cílem této závěrečné práce je tedy zjistit, jak probíhá společné soužití závislého partnera s dlouhodobě abstinující manželkou. Věříme, že závěry této práce budou poskytovat i přes specifický, subjektivní charakter dostatečně validní a hodnotné výsledky. Které mohou pomoci odkrýt dané téma nejen odborné veřejnosti, ale především takovým jedincům, kteří se nacházejí ve stejné či obdobné situaci. Pro ně je také tato práce primárně určena.

# I. TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

Člověk je tvor společenský. Životy lidí se odehrávají v různých sociálních skupinách a interakcích. Při rozvíjení lidské společnosti vznikly a doposud stále vznikají různé návykové látky. Což také potvrzuje nejeden citát: „*Bůh stvořil jen vodu. Člověk stvořil víno*“ (Victor Hugo. In Bohata, 2007).

V práci se zaměříme na drogu, která je v České republice, konkrétně mezi českou populací (různého věku) nejvíce rozšířená a tedy nejčastěji užívaná. Aby bylo dané problematice náležitě porozuměno, jsou v teoretické části definovány základní termíny a stručně popsány jednotlivé tematické celky, které jsme si v úvodu stanovili.

## 1 Alkohol – definice a charakteristika pojmu

Celý obsah první kapitoly je věnován alkoholu. Především se zde snažíme tuto látku popsat a charakterizovat. Dále se v podkapitolách dozvíte, jaké jsou účinky této návykové látky. A v neposlední řadě uvádíme, jaký vliv může konzumace alkoholu mít. Pro lepší představu popisujeme konkrétní příklady.

Alkohol je omamná a návyková látka, která má své místo v životním stylu u mnohých lidí po celém světě. Přesnější (chemický) název je etylalkohol (*etanol*; *funkční vzorec* –  $C_2H_5OH$ ). Jedná se o čirou, bezbarvou tekutinu, palčivé chuti s charakteristickým zápachem. Užívá se per os a vzniká kvašením sacharidů, např. z jednoduchých cukrů, které jsou obsaženy v ovoci (plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn či brambor. Destilací dosahujeme vyšší koncentrace tekutiny. „*Při nedokonalých, chemických procesech (např. během domácí výroby) může vzniknout směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, metylalkoholem (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy. Charakteristiku nervového jedu a schopnost vyvolat acidózu má i etylalkohol, i když v nižší míře* (Popov in Kalina et al., 2003).

Malé množství alkoholu působí jen stimulačně, vyšší již tlumí některá životně důležitá centra v organismu. „*Termín alkohol pochází z arabského „al-kahal“, což znamená jemná ušlechtilá substance*“ (Krménčík & Holcnerová, 2010). Tuto látku lze najít v minulosti (již ve Starověku), i dnes jako součást náboženských či rituálních obřadů nebo během oslav (Edwards, 2004. Straussner, 2003. In Holcnerová, 2010). Užívání alkoholu je ve společenském životě dovoleno, ne-li přímo vnucováno. Také z historického hlediska má alkohol své opodstatněné místo. Byl hojně využíván k různým léčebným účelům. Ze seznamu léčebných metod byl vymazán až v průběhu 20. století. Důvodem byl především výskyt jeho negativních účinků na pacienty. Zlomovým okamžikem bylo, když se u pacientů začaly objevovat příznaky syndromu závislosti na této návykové látce. Alkohol

byl, proto nahrazen moderními a skutečně účinnými léky (Edwards, 2004). Rizikový je, jak rozvoj tělesné závislosti tak i psychické.

Alkohol je rozšířen po celém světě, přičemž Evropě patří nechvalné prvenství v jeho konzumaci. Jedná se o legální látku a ročně se spotřebuje v průměru až 9,2 litru alkoholu na osobu. Avšak panují mezi jednotlivými státy značné rozdíly. Česká republika se podle odhadů celosvětově řadí k rekordmanům v jeho konzumaci. Dle Møllera jsou: „*Češi třetími největšími pijáky alkoholu v Evropské unii, hned za Litvou a Rumunskem*“ (World Health Organization, 2016). Naše společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelné konzumaci alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. Často jsou zmiňovány a mnohdy i přeceňovány protektivní účinky malých dávek alkoholu (Úřad vlády České republiky, 2011). Nadměrně v České republice užívá alkohol asi čtvrtina všech mužů a desetina žen. „*Počet osob s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu převyšuje pravděpodobně 300 tisíc.*“ (Minařík, Kmoch in Kalina et al., 2015).

## 1.1 Účinky alkoholu

„*Psychoaktivní účinky alkoholu závisí zejména na množství (dále též na formě a způsobu užití) požitého alkoholického nápoje a mají komplexní charakter. Na výsledném bezprostředním efektu (projevech chování) se podílejí vedle biologických (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav) také psychologické vlivy (anticipace účinku, očekávaný efekt) a vlivy sociální (působení prostředí, ve kterém dochází k pití, včetně působení společnosti dalších osob)*“ (Popov in Kalina et al., 2003).

Okamžité účinky alkoholu závisí na řadě faktorů, které je potřeba zohlednit (Eckard et al., 1998. Gutjahr et al., 2001. In Holcnerová, 2010). Patří zde předchozí zkušenosti, množství zkonsumovaného alkoholu, tolerance k jeho účinkům, očekávání a představy o jeho efektech, prostředí, atmosféra či genetické predispozice apod. Mezi relativně málo časté komplikace řadíme patickou (patologickou) ebrietu. Ebrieta neboli prostá opilost je stav, který se projeví bezprostředně po požití alkoholu. Vzniká již po vypití malého množství alkoholu, kdyby u většiny osob nedošlo k intoxikaci. Projevuje-li se ebrieta obvyklým způsobem označuje se jako ebrietas simplex. Může to být způsobeno např. během oslabení organismu (individuální intolerance, konzumace v teplém nebo nevětraném prostředí, hladovění či infekce apod.). „*Na počátku, se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábran a kritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum až na konec dojde ke spánku. Může dojít k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, poruchám chování často s autoagresí nebo heteroagresí, která bývá nemotivovaná. Stav odeznívá po minutách až hodinách*“ (Minařík & Kmoch in Kalina et al., 2015). Končí terminálním spánkem, po probuzení nastává plná nebo částečná amnézie.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) obsahuje oddíl, který se

zabývá **Akutní intoxikací (F10.0)**, a definuje ji jako: „*Stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008).

## 1.2 Stádia intoxikace

Odborníci popisují čtyři základní stádia intoxikace. Jsou rozeznávány podle příslušné hladiny alkoholu v krvi:

### a. Lehká opilost – alkoholemie do 1,5 ‰.

Neboli „*Excitační stádium*“, pro které je charakteristická psychomotorická excitace. Dochází zde k uvolnění, dobré náladě, snížení úzkosti, hovornosti, zvýšenému sebevědomí, snížení sebekritičnosti a zábran. Tyto výše uvedené charakteristiky a především anxiolytický efekt patří mezi nejčastější důvody požívání alkoholu (Holcnerová, 2010).

### b. Opilost středního stupně – alkoholemie do 1,6 ‰.

Tento stupeň opilosti lze také odborně nazývat jako „*Hypnotické stádium*“. Stále vyšší koncentrace alkoholu v krvi dále vede ke zhoršení úsudku, jsou sníženy zábrany, sebekritičnost a může docházet ke zvýšení agresivity. Psychomotorické reakce jsou zpomaleny, objevuje se únava apod. Tohle vše se může odrážet např. v podobě kolísavé chůze, obtíže při stání či setřelé řeči (Holcnerová, 2010). Osoby v tomto stavu mohou usínat nebo může docházet až k somnolenci. Mezi komplikace druhého stádia řadíme tzv. okénka (*palimpsesty*), což je částečná nebo úplná amnézie. Jedinci s touto komplikací nereagují na předchozí epizodu užívání alkoholu. „*Někdy se uvádí, že ve stavu alkoholové intoxikace si může jedinec vybavit události z předchozí epizody, na kterou má ve střízlivém stavu amnézii*“ (Popov, 2003. Mareček, 2001. In Holcnerová, 2010).

### c. Těžká opilost – alkoholemie více než 2 ‰.

V „*Narkotickém stádiu*“ se vyskytuje těžká porucha koordinace, zmatenost. Může docházet již k útlumu oběhového a dechového centra či k hypotermii. Takto intoxikovaná osoba může být již v soporu či bezvědomí. Je zde také riziko vdechnutí zvrátů.

### d. Těžká intoxikace – alkoholemie nad 3 ‰.

Osoba v „*Asfyktické stádiu*“ je obvykle již v hlubokém bezvědomí. „*Svalstvo je uvolněné, dýchání je mělké, zornice jsou normální nebo rozšířené a nereagují na světlo, kůže může být cyanotická*“ (Holcnerová, 2010). Lidé jsou v tomto stavu zmatení, blouzní, zmítají se či tropí povyk. V takto vysokém stádiu intoxikace a při nedostatečné pomoci hrozí riziko smrti. Nejčastější příčinou je zástava oběhu a ochrnutí dýchacího centra v prodloužené míše. V průměru se jedná o 300 osob za rok (Minařík & Kmoch in Kalina et al., 2015).

Škodlivé užívání či abúzus alkoholu jsou odborné termíny, které vedou k poškození zdraví. MKN-10 definuje **Škodlivé užívání (F10.1)** takto: „*Příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání), nebo psychické (epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus)*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008). A v případě abúzu lze hovořit o jakémsi zneužívání – „substance abuse“. Je to široce využívaný pojem v různých významech. Obvykle se tímto termínem označuje jakékoliv užití návykových látek, zejména těch ilegálních. Proto Světová zdravotnická organizace doporučuje užívat již výše zmíněný ekvivalentní pojem „škodlivé užívání“ (Kalina et al., 2001).

### 1.3 Důsledky a následky konzumace alkoholu

Nežádoucí účinky konzumace alkoholu lze rozdělit do dvou nejvíce zasažených oblastí. Konkrétně se jedná o sféru zdravotní a sociální. Ve zdravotní rovině je potřeba zmínit, že důsledky mohou být negativní i příznivé či somatické a psychické.

Časté somatické, negativní důsledky mnohdy bývají akutní nebo chronické. A jedná se o komplikace, které se mohou nacházet v těchto orgánových soustavách: gastrointestinální (cirhóza jater), kardiovaskulární (hypertenze, ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda apod.), endokrinní, reprodukční (snížená plodnost až impotence, zvýšený výskyt spontánních potratů). Dále se může jednat o výskyt neurologických obtíží (neuropatie, epilepsie) nejen u uživatelů, ale například v období těhotenství je vystaven vysokému zdravotnímu riziku také plod (vrozené alkoholové poruchy – FAS a FASD). Rovněž nádorová onemocnění (hepatocelulární karcinom nebo karcinom jícnu, žaludku, tenkého střeva atd.).

Jak již bylo zmíněno psychika člověka, je bohužel také mnohdy silně ovlivněna či již nevratně poškozena. A psychiatrické komorbidity či komplikace se mohou objevit v těchto podobách: demence (Korsakov syndrom), psychotické (alkoholová halucinóza – vizuální a sluchová; bludy – alkoholová žárlivost, alkoholová paranoia atd.) a kognitivní poruchy, poruchy nálad (depresivní syndromy, jako součást intoxikace alkoholem, tak při odvykacím syndromu) a mnoho dalších. Některé výše uvedené psychické změny po delší době abstinence buď úplně vymizí, nebo jsou jejich projevy mírnější. Suicidální sklony

jsou mezi konzumenty alkoholu vyšší než v obecné populaci. K tomuto zoufalému činu se bohužel odhodlá zhruba 10 – 15 % chronických uživatelů alkoholu.

V odborné literatuře se hovoří také o pozitivních důsledcích alkoholu. *„Mezi pozitivní subjektivní prožitky patří vylepšení spokojenosti a kvality života. Stejně tak bývá často zmiňován jeho pozitivní vliv na kreativitu a jeho terapeutické účinky ve smyslu snížení stresu a úzkosti. Nejčastěji citovanými pozitivními důsledky jak odbornou veřejností, tak i samotnými konzumenty alkoholu je snížení stresu a větší uvolnění v důsledku mírného užívání alkoholu. Mírné užívání alkoholu je také spojeno se zvýšením sociální integrace, sociální podpory, zvýšením úrovně aktivity, což je pak dáváno do souvislosti s celkovým zlepšením zdravotního stavu“* (Ashley et al., 2000. In Holcenrová, 2010). I když se o těchto „příznivých vlivech“ zmiňujeme, je v první řadě potřeba zohlednit individuální aspekt účinku alkoholu na jeho samotného konzumenta. Generalizace tedy není v těchto případech adekvátní.

Ovšem primárním úkolem této práce je zaměřit se na druhou sféru a to na sociální důsledky alkoholu. Ty se elementárně vyskytují v negativní rovině. A netýkají se pouze samotného uživatele alkoholu, ale obvykle spolu s ním nese toto břemeno, také jeho blízké okolí (rodina) i společnost obecně. Řada odborných výzkumů udává, že nadměrná konzumace alkoholu s sebou pochopitelně přináší výrazné finanční náklady. Lze mezi ně zařadit především výdaje sociálního, zdravotního a soudního charakteru či škody na majetku apod. Dále se jedná o zvýšený výskyt předčasné mortality, morbidity či nezaměstnanosti. Konflikty, agresivní chování, lži, nevěra, neschopnost udržet si stabilní vztah, nemožnost plnit si své povinnosti, snížený nebo žádný pracovní výkon je pouze částečný výčet různých situací, které stojí obvykle za prudkým sociálním propadem závislého jedince.

Osoby závislé na alkoholu si jsou mnohdy vědomy škodlivých účinků, které jim a jejich rodinám „závislostní“ způsob života přináší. Avšak dychtivost po dané substanci je mnohem silnější. Proto jsou tak často tyto důsledky a následky přehlíženy nebo raději úplně zapomenuty.

*„Alkohol zasahuje rodinu jako přívalová vlna, v jejímž důsledku se pak všichni „postižení a poškození“ zmítají v moři hněvu, rozčarování, strachu a samoty. Rodina je najednou lapena v osidlech zapírání, hanby, hněvu a nevěříčího úžasu nad tím, jak se jim jedince vzdaluje hnán silnou závislostí“* (Barnardová, 2011). Rodinné vazby mohou být již částečně narušeny či nenávratně „zprůtrhány“. A pokud selžou všechny prostředky, které by mohly vést k uzdravě, jsou tyto osoby z rodinného kruhu zpravidla vyloučeny. *„Rozvod je mnohdy závěrem dlouho působícího procesu dezintegrace, který přináší „alkoholikovi či alkoholičce“ osamocení a konečné propadnutí alkoholu. A pakliže rodina zůstane pohromadě, obvykle dochází ke zlomové přeměně rolí: ztráta autority či úlohy živitele, apod.“* (Hošek, 1971. In Doležalová, 2006).

## 2 Syndrom závislosti na alkoholu – „Alkoholismus“

Již z názvu vyplývá, že obsah této kapitoly bude celý věnován pojmu závislost. V našem případě se bude jednat o závislost na konzumaci alkoholických nápojů. Další podkapitoly nás seznámí s etiologií alkoholismu a s typologií abúzu.

Jedná se o takový stav, kdy jedinec může být podmíněn nějakou okolností či situací, kterou zpravidla potřebuje ke svému bytí. *„Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce* (Kudrle in Kalina et al., 2003).

Alkohol je substance, která má tu moc člověka naprosto ovládnout, pohltnout a znemožnit mu jeho obvyklé fungování v životě. Pojem alkoholismus, vznikl v roce 1849 a poprvé jej použil švédský lékař Magnuss Huss. Nicméně, trvalo celý 100 let, než bylo nadměrné užívání alkoholu, chápáno jako medicínský problém.

*„Piji, protože jsem závislý na alkoholu.*

*Nikoliv proto, že mám problémy.*

*Čím více piji, tím větší problémy mám“* (Jílek, 2008).

V MKN-10 je oddíl **Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)**, kde nalezneme odborný termín **Syndrom závislosti na alkoholu (F10.2)**. Je definován následovně: *„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí rozličných psychoaktivních substancí“* (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008).

Definitivní diagnóza závislosti na alkoholu by obvykle měla být stanovena pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů – kritéria závislosti podle MKN-10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008).

**a.** *„Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.*



- b. *Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.*
- c. *Psychosomatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky.*
- d. *Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance).*
- e. *Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.*
- f. *Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.“*

## 2.1 Etiologie alkoholismu

Hartl a Hartlová (2004) definují „alkoholismus“ neboli ethylismus jako: „*Chorobu vznikající v důsledku opakovaného, častého a nadměrného požívání alkoholických nápojů. Vzniká chorobný návyk, ztráta kontroly nad pitím, dále poruchy tělesného i duševního zdraví, mezilidských vztahů, osobnostní, popř. poruchy psychotické. Většina definic dále zahrnuje neschopnost dlouhodobě abstinovat a ztrátu kontroly jako neschopnost dodržet předsevzetí o množství konzumovaného alkoholu, který si jedinec před začátkem pití stanovil. Může být podmíněn dědičnými předpoklady.*“

„Dispozičně-expoziční model“ velice vhodně popisuje vznik závislosti na alkoholu: „*Čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita aj.), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace – množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti (Popov in Kalina et al., 2003).*“

Podle odborníků tedy existuje celá řada faktorů, jež mají vliv na vznik a rozvoj závislosti. Tyto faktory se navíc vzájemně prolínají a tím celý proces urychlují. Jejich vlivy jsou však individuální, a u každého jedince působí odlišně. Odborné výzkumy a studie nám navíc dosvědčují, že dědičné vlivy se mohou více, či méně prosadit. Nicméně žádný výzkum jednoznačně nepotvrdil existenci specifické osobnostní struktury determinující

vývoj závislosti na alkoholu. Obvykle se faktory či příčiny kumulují a společně tak u jedince podporují rozvoj ethylismu.

## 2.2 Stádia alkoholismu a typologie abúzu

Již jsme zmiňovali, že „vypracovat“ se až k závislosti na alkoholu je poměrně dlouhodobý proces, samozřejmě v čistě individuální rovině. Na rozvoji se podílí řada příznivých či nepříznivých faktorů. Odborné texty a literatura nám uvádějí několik vývojových fází, které této „konečné“ diagnóze předcházejí. A ač se to nedá dokázat, mnoho jedinců mělo možnost na počátku své pijácké kariéry přestat, a níže uvedeným stádiím se mohly obloukem vyhnout. *„Problém je, že se nenajde mnoho těch, kteří touží přestat, pokud je čas“* (Alcoholics Anonymus world Services, 1989).

Podle Jellineka se jedná o tyto 4 základní stádia (In Kalina et al., 2008):

### a. Počáteční – „symptomatické“.

Jedná se o fázi, ve které je alkohol látkou (drogou), kterou si jedinec „naordinuje“ sám. Především proto, aby zahnal či utlumil nepříjemné psychické stavy. Na některé pijáky může mít alkohol opačný efekt, konkrétně konzumují alkohol, proto aby si vyvolali veselou náladu, uvolnili se a přiblížili se lidem ve svém okolí. Časem se dávky alkoholu a frekvence konzumace zvyšují.

### b. Varovné – „prodromální“.

V této fázi jsou dávky alkoholu a frekvence konzumace neprodleně zvyšovány. Tolerance je již tak vysoká, že předchozí množství nestačí a aby stále docházelo ke stejným stavům je nutné dávky stále navyšovat. Alkoholik začíná své pití tajit, uzavírá se a konzumuje pouze o samotě. Mohou se objevovat již výše zmíněné palimpsesty.

*„Z medicínského hlediska dochází ke zvyšování tolerance alkoholu díky systému MEOS (mitochondriální etanoloxidační systém), který chrání organismus při ohrožení vysokou hladinou alkoholu v krvi. Tento systém oxiduje alkohol na oxid uhličitý a vodu, avšak při tomto procesu dochází k vytváření toxických meziproduktů, které poškozují jaterní buňku. Díky tomuto systému se organismus přizpůsobuje opakovanému příjmu alkoholu, protože při opakovaném pití alkoholu si organismus vytváří stále více potřebných enzymů na jejich odbourání. Tím pádem roste tolerance a i frekvence pití“* (Heller & Pecinovská, 1996. In Zahradníková, 2015).

### c. Rozhodné – „kruciální“.

Tolerance i nadále roste, palimpsesty jsou pro toto stádium charakteristické. Alkohol konzumuje s přesvědčením, že vše má stále pod kontrolou. „Dochází také k tzv. změně, snížené poruchové až ztracené kontroly v pití. Od této chvíle je pak pro závislého mnohem jednodušší abstinence než pití s mírou, které již natrvalo nedokáže“ (Skála, 1986. In Zahradníková, 2015). Alkoholici jsou lidé, kteří naprosto pozbyli schopnost kontrolovat své pití. Proto je k úzdavě velice důležitá striktní abstinence.

#### **d. Konečné – „terminální“.**

Pro tuto fázi jsou charakteristické tzv. „ranní doušky“, jedná se o potřebu doplnit alkohol ihned po probuzení. Především proto, aby byly nepříjemné stavy po vystřízlivění zahrnány. Játra jsou již zásadně poškozena, obvykle se jedná o pokročilé stádium cirhózy jater. To může mít za následek také nižší toleranci k alkoholu, kdy se jedinec opije i z malého množství. „Člověk začíná upadat a upřednostňuje alkohol před nejzákladnějšími životními hodnotami. V tomto stádiu může dojít k tzv. chronifikaci nemoci, kdy se následky nadužívání alkoholu stanou trvalými“ (Heller & Pecinová, 2011. In Zahradníková, 2015). Vzniká tak chronické stádium závislosti na alkoholu a s ním samozřejmě, paralelně mnoho dalších zdravotních a psychických komplikací.

Jellinek (1940) v minulosti vytvořil typologické „schéma“ abúzu. Daná typologie je stále aktuální a dlouhodobě využívaná. Rozlišuje těchto 5 typů abúzu: **alfa**, **beta**, **gama**, **delta**, **epsilon**. Dle Profouse (2011), se nejčastěji vyskytuje typ gama, a to až u 70 % alkoholiků. Obvykle však může docházet k prolínání jednotlivých typů – jedná se o tzv. „smíšené typy“.

- a. „Typ alfa** – „problémové pití“, abúzus alkoholu, který se používá jako „sebededikace“ k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti či depresivních pocitů, časté je i pití o samotě.
- b. Typ beta** – příležitostný abúzus, výrazně charakterizovaný socio-kulturně, časté je pití ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické poškození.
- c. Typ gama** – „anglosaský typ“ (preferenci piva a destilátů), závislost na alkoholu charakterizována poruchami kontroly pití, postupným nárůstem tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace následovanou somatickým a psychickým poškozením, s výrazněji vyjádřenou psychickou závislostí.
- d. Typ delta** – „románský typ“ (preferenci vína), typická je chronická denní konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“ bez výraznějších projevů

*opilsti a ztráty kontroly, s výrazněji vyjádřenou somatickou závislostí a poškozením.*

- e. **Typ epsilon** – „epizodický abúzus“ (*dipsomanie, „kvartální pijáctví“*) s obdobími delší, občasné úplné abstinence, nepříliš častá varianta závislosti, někdy provázející afektivní poruchy“ (Minařík in Kalina et al., 2008).

Uvádí se, že převážná většina lidí závislých na alkoholu si není ochotna přiznat, že jsou „alkoholici“. Nikoho netěší pomýšlení, že je fyzicky či psychicky odlišný od ostatních. Nesčetné a již předem marné jsou pokusy dokázat, že mohou pít stejně jako jiní lidé. *„Myšlenka, že se jednou podaří kontrolovat vlastní pití a mít z něj požitky, je fixní idea každého abnormálního pijáka. Vytrvalost této iluze je udivující. Mnohé pronásleduje až do úplného pomatení nebo smrti“* (Alcoholics Anonymus world Services, 1989). Je tedy nezbytné si včas uvědomit a až do hloubi duše si umět přiznat: „*Já jsem alkoholik!*“. To je obvykle také první krok, který může jedince dovést k uzdravě.

## 2.3 Léčba alkoholismu a jeho prevence

Vzhledem k omezenému rozsahu práce zde pouze heslovitě zmíníme některé důležité prvky a prostředky, které jsou v léčbě alkoholismu uplatňovány. *„Ukončit návykové chování není samo o sobě tak obtížné, jako je obtížné skončit s ním napořád“* (Millerová, 2011). Abstinence je zde naprosto klíčový pojem, kterým se budeme zabývat i v nadcházejících kapitolách. Podle Hartla a Hartlové (2004), lze abstinenci definovat jako: *„Stav, kdy se jedinec vědomě a ze své vůle naprosto zřeká použití něčeho či nějaké činnosti, z důvodů etických, rozumových, zdravotních apod.“*

Na počátku léčby a u těžších forem závislosti je vhodné kombinovat více postupů. Například se jedná o farmakoterapii, psychoterapii (individuální či skupinovou) nebo setkávání svépomocných skupin či rodinná terapie. Anonymní alkoholici jsou světově i tuzemsky nejznámější a také nejrozšířenější svépomocnou skupinou. *„Intenzita léčby by měla být vyšší v prvním roce abstinence, při přechodu z ústavní léčby, po recidivě, v krizích a po závažných událostech“* (Nešpor, 2011).

Velice důležitý je v úvodu léčby **matching**, což v našem případě znamená použití adekvátních intervencí. A to především podle individuálních potřeb pacienta. *„Stupňovitá péče znamená použití efektivní a nejméně zatěžující intervence. To zvyšuje pravděpodobnost, že pacient léčbu přijme“* (Nešpor, 2011).

**Terapie cravingu** je rovněž velice důležitá a řadíme ji mezi preventivní léčebné strategie, během prevence relapsu a recidiv. *„Pracuje se s identifikací vnitřních i zevních podnětů aktivujících závislost („spouštěče“) a hledají se cesty, jak spouštěčům předcházet a jak je zvládat“* (Larimer et al., 1999, Witkiewitz & Marlatt, 2004. In Nešpor, 2011). *„Při porušení abstinence by se měl pacient vyhnout sebeobviňování atd., ale recidivu za pomoci*

*dalších lidí zastavit. Intervenční strategie, které se používají, se dělí na nácvik dovedností, kognitivní restrukturační a zlepšení životního stylu“ (Larimer et al., 1999. In Nešpor, 2011). Terapie cravingu tedy po úspěšné léčbě, pomáhá udržet dlouhodobou abstinenci (Kalina et al., 2015).*

**Léčba akutní intoxikace**, v této fázi se snažíme především o stabilizaci, udržování a kontrolu vitálních funkcí pacienta. Mnohdy je adekvátní hospitalizace v nemocnici.

V případě, že došlo k **odvykacímu stavu (F10.3)**, lze psychické obtíže mírnit farmakologicky. K tomuto stavu dochází během několika hodin až dní po ukončení (či přerušení) konzumace alkoholu nebo také po výrazné redukci dávek pravidelně konzumovaného alkoholu. Maximální intenzita příznaků se většinou projeví druhý den po vysazení návykové látky. Pokud nedojde ke komplikacím, odvykací stav odezní během 4 – 5 dnů avšak některé příznaky (nespavost, vegetativní obtíže, úzkost atd.) mohou přetrvávat ještě několik měsíců. Odvykací stav může být komplikován také křečemi, případně epileptiformními záchvaty, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s delíriem.

**Delirium tremens (F10.4)** je závažný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. Avšak díky léčbě klesla z původních 15 % na 1 % (Mayo-Smith et al., 2004. In Nešpor, 2011). Stav je komplikován také hypoglykemií, progredujícími poruchami rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu, proto je nezbytné sledovat stav vnitřního prostředí, monitorovat vitální funkce a včas zahájit intenzivní léčbu. *„Po zvládnutí deliria je třeba doporučit komplexní léčbu pro závislost“ (Nešpor, 2011).*

**Léčba psychotické poruchy vyvolané alkoholem (F10.5).** *„Odlišení od deliria tremens má zásadní význam. U psychotických poruch bývají přítomny sluchové halucinace nebo paranoia, ale nevyskytuje se celková alterace a desorientace. Prioritou je zajištění bezpečnosti, podávají se antipsychotika“ (Nešpor, 2011).*

Mezi velice důležitou součást léčby návykových nemocí patří také **posilování motivace**. V této intervenci je zaznamenán také významný pokrok. *„Motivační rozhovor se vede s pochopením. Za pomoci vhodných otázek lze napomoci lepšímu vnímání rizik alkoholu a výhod abstinence. Práce s motivací bývá nejdůležitější v situaci, kdy pacient ještě není ke změně rozhodnut nebo váhá. Efektivita motivačního rozhovoru roste, jestliže se pracuje s motivacemi, které jsou pro pacienta důležité“ (Nešpor, 2011).*

**Různé formy psychoterapie**, např. Behaviorální terapie, Psychodynamické a Integrované přístupy či Gestalt terapie apod. Avšak tou nejčastěji využívanou je k léčbě závislosti Kognitivně-behaviorální terapie. Využívá například tyto léčebné postupy: odmítání, identifikace spouštěčů závislosti nebo kognitivní rekonstrukce atd.

**Nefarmakologické způsoby mírnění stresu a psychosomatických obtíží, zlepšení životního stylu.** Zde patří akupunktura či rozličné relaxační techniky, které

zmírňují stres a zvyšují například i sebevědomí. Vhodné jsou také různé formy fyzických aktivit, které působí blahodárně nejen na tělo, ale také na mysl. Například chůze, běh, jóga, rehabilitační cvičení apod. *„Tělesná aktivita i relaxační techniky mírní bažení, úzkosti, deprese a stres. Mnoho abstínujících považuje za významné zlepšení životního stylu, např. dostatek spánku a větší pravidelnost. Bažení po alkoholu mírní dostatečný příjem tekutin a pravidelnost v jídlu“* (Nešpor, 2011).

Léčba alkoholové závislosti je dlouhodobý a individuální proces, kde hlavní roli sehrává více faktorů. *„Avšak důležitým cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru“* (Kalina et al., 2015). World Health Organization (1998) v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog definovala, tři hlavní cíle:

1. *„Snížení závislosti.*
2. *Snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené užíváním drog nebo s ním spojené.*
3. *Podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a jejich sociální integrace“* (In Kalina et al., 2015).

Velice důležité je myslet také na to, aby byl vhodně zvolen způsob či typ léčby. Jehož výsledný efekt by měl být nejen pozitivní, ale především trvalý.

### 3 Závislost na alkoholu – rodinné a manželské faktory

Následující kapitolou, již konečně otevíráme ústřední téma této práce. Protože nás zajímá, jak závislost ovlivňuje sociální doménu (vztahy) v životě člověka. V odborné literatuře, se uvádí, že závislost působí na životy lidí primárně nepříznivě. Negativně se odráží na celkové atmosféře v rodině, ovlivňuje také rodinnou harmonii a pohodu. Zátěž může být tak velká, že následky jsou mnohdy fatální. Konflikty narůstají a může dojít i k jejímu rozvratu. Již jsme zmínili, že rozvod může být smutným, avšak častým závěrem vztahů...

*„Problémy s alkoholem v rodinách jsou důležité, protože rodiny jsou důležité“* (Státní zdravotní ústav, 2001).

#### 3.1 Vliv rodiny na závislost

*„Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoliv mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.“* (Kramer, 1980. In Sobotková, 2007). Všechny rodinné systémy se skládají také z několika subsystémů: manželský (partnerský), rodič – dítě a sourozenecký.

*„Existuje nějaký určitý faktor nebo dokonce typická struktura rodiny závislého? Při průběžné práci se závislými si po určité době tuto otázku začne klást každý. Postupně si snad každý také projde fází, kdy považuje některý rys rodinného fungování, rodinnou roli nebo mechanismus za hlavního „průvodce“ závislosti“* (Hajný in Kalina et al., 2003). I přesto není možné rodinné prostředí závislých jednoznačně označit, jako hlavní zdroj rozvoje závislosti. *„Teorie zabývající se systémem rodinných vztahů předpokládají, že ano. Závislost chápou jako jev, který není izolovaný, ale existuje v systému vztahů dotyčného člověka“* (Hajný in Kalina et al., 2015). *„Avšak spíše než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, které se na rozvoji (spíše než na vzniku) závislosti podílejí“* (Hajný in Kalina et al., 2003). Domov a rodinu tedy můžeme považovat za primární zdroje toho, co bude dítě v budoucnosti brát v úvahu jako normální či akceptovatelné. *„Při výzkumech vztahů mezi závislými a jejich rodiči se objevily, jak nadměrně angažované, přehnaně ochraňující tendence, tak i chladné a lhostejné postoje“* (Kaufman & Kaufman, 1979. In Hajný in Kalina et al., 2003).

Uvádí se, že matka může mít dominantní vliv na rozvoj drogového problému v rodině. Protože otec, je velice často nepřítomný, a pokud ve své roli funguje, vyskytuje se obvykle spíše v pozadí. Ve společnosti však nacházíme také opačné rodinné modely.

Konkrétně je tím myšleno, že matka je osobou nacházející se spíše ve stínu a veškerou či převážnou péči má v rodině otec.

Pokusíme se zde zobecnit závěry odborných výzkumů, zabývajících se nejvýznamnějšími mechanismy a faktory typickými pro rodiny závislých. Podle Hajného (In Kalina et al., 2003) můžeme za charakteristické považovat tyto „rodinné modely“:

- *„Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte.*
- *Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem – nadměrně ochraňující a pečující matka a chladný, slabý či nepřítomný otec.*
- *Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi.*
- *Skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině.*
- *Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu.*
- *Jeden či více závislých členů v rodině.*
- *Kodependence.“*

Za zajímavou lze považovat také klasifikaci dle Cancriniho z roku 1985, který dává typ závislosti a strukturu rodiny do vzájemných souvislostí. Závislost rozděluje do čtyř kategorií na:

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. <i>„Traumatickou.</i> | 3. <i>Přechodnou.</i>     |
| 2. <i>Neurotickou.</i>   | 4. <i>Sociopatickou“.</i> |

Výše zmíněné „rodinné modely“ mohou velice často sehrát svoji roli při vzniku či udržování závislého chování, avšak mnohdy je nelze považovat za skutečné příčiny. *„Některé osobnostní rysy nebo typy rodinných vztahů tedy mohou představovat živnou půdu pro růst návyku a závislosti a některé jej spíše doprovází nebo vznikají až jako důsledek. Pro přísné vědecké chápání to bývá mnohdy matoucí a ne náhodou se to stává i předmětem vědeckých sporů. Pro samotnou terapeutickou praxi to však tolik nevadí. Je potřeba o takových psychologických a vztahových problémech vědět a zahrnout je do léčebného procesu“* (Hajný in Kalina et al., 2015). *„Závěrem je třeba zdůraznit, že pro léčebnou a poradenskou praxi je užitečné věnovat více pozornosti udržujícím faktorům, které vedou k rozvoji a pokračování závislého chování, než příčinným souvislostem“* (Hajný in Kalina et al., 2003).

Je-li léčba závislosti zaměřena pouze na narušený rodinný systém a nevezme-li v úvahu také hlubší vrstvy (např. narušené vývojové potřeby), může se stát, že z ní jedinci vyjdou pouze jako „dočasní“ abstinenti. Ti pak v dalších fázích života budou své obtíže kompenzovat jinými „škodlivými“ prostředky. Může dojít například k rozvoji poruchy příjmu potravy, workoholismu apod. Nebo dříve či později dojde k opětovnému užívání samotných psychoaktivních látek. A bludný kruh se znovu uzavře...



### 3.2 Vliv manželství na závislost

*„Manželství je v sociologickém pohledu nejrozšířenější formou společného soužití mezi oběma pohlavími, které prošlo během lidských dějin dlouhým a složitým historickým vývojem. Jeho základní význam spočívá především v tom, že je svazkem uspokojujícím řadu přirozených biologických i naučených sociálních potřeb muže a ženy, výchozí platformou pro založení rodiny a optimálním prostředím pro výchovu dětí“ (Mlčák, 1996). V názvu práce je uveden také termín manželské soužití. Plzák (1988) tento pojem definuje, jako: „Soubor společných činností manželů, jež jsou nezbytné, aby manželství fungovalo“ (Mlčák, 1996). A také pro tento pojem vyčlenil pět nejdůležitějších proměnných neboli „funkcí“:*

- a. „Finanční hospodaření a domácnost.*
- b. Konzumace volného času.*
- c. Sexuální soužití.*
- d. Výchova dětí.*
- e. Komunikace partnerů.“*

Kratochvíl (2009) uvádí klasifikaci manželských vztahů podle Cubera a Haroffa (1971. In Skolnick & Skolnick), jež se zaměřuje na styl manželského soužití:

- 1. „Trvale konfliktní vztah.*
- 2. Citově ochladlý vztah.*
- 3. Účelový vztah.*
- 4. Živý vztah.*
- 5. Výlučný vztah.“*

Uvádí se, že na charakter soužití má bezprostředně vliv více faktorů, například osobnost partnerů, jejich postoje, hodnotový systém, charakter a temperament apod. Můžeme tedy s jistotou říci jedno, aby bylo manželské soužití spokojené („kvalitní“), musí mu předcházet především svobodný a adekvátní způsob partnerské volby. Tedy zvolit si takového partnera, kterého ve svém životě chceme. Se kterým chceme sdílet svou budoucnost, založit s ním rodinu. Čili zažívat s ním veškerou radost, ale také starost. Ústředním termínem je proto „rovnováha“, tu ve „zdravém manželství“ obvykle nacházíme. Jedná se o relativně dlouhodobý stav, kdy se oba partneři ve vztahu cítí seberealizováni, šťastní a spokojení.

*„Problémy v manželském soužití často pramení z akcentovaných osobnostních vlastností, jako jsou např. egoismus, vztahovačnost, žárlivost, přezíravost, lenost, ukřivděnost, hádavost. Hluboké konflikty v manželství vznikají při soužití s „osobnostmi anomálními“, kterým chybí náhled na jejich poruchové chování, ale jsou jej schopni*

*vlivem manželské terapie alespoň částečně dosáhnout, a při soužití s osobnostmi psychopatickými, které náhledu nejsou schopny často ani vlivem dlouhodobé psychoterapie“ (Mlčák, 1996).*

Osobnost schizoidní, hysterická apod. ale zejména osobnosti závislého charakteru řadíme k těm partnerům, se kterými soužití může být velice komplikované či naprosto nefunkční. Ač si můžeme namlouvat cokoliv, během vztahu se závislým partnerem, jeho závislost vždy vstupuje do partnerství. Může se projevovat jako patologický moment, který je obvykle nežádoucí. Ve vztahu je narušena intimita soužití a dochází také k velké spotřebě fyzické, ale především psychické energie. *„Emocionální labilita, citová explozivita, impulzivita, konfliktnost, nízká odpovědnost, sklon k depresivnímu prožívání, snížené libido, agresivita, nekontrolovatelné reakce v chování, finanční problémy a mnoho jiných negativních podnětů, které se pojí s fenoménem jeho závislosti, neúnosně zatěžují vztah a vedou postupně k jeho degeneraci, či rozpadu“ (Mlčák, 1996).*

Již podle názvu lze usoudit, co je hlavním tématem této kapitoly. Nicméně literatury, která se zabývá vlivem manželství na rozvoj závislosti, není mnoho. Evidentně má manželské soužití pouze „pozitivní vliv“ a k rozvoji abúzu či syndromu závislosti nijak nepřispívá. Williamem Claud Fields však zveřejnil jeden citát, který nás přesvědčuje o opaku: *„Žena mě dohnala k pití a já v sobě nenašel ani dost slušnosti, abych jí poděkoval.“* V tomto případě je ovšem nezbytné podotknout, že pod tímto citátem je ukryta notná dávka nadsázky. Troufáme si tvrdit, že manželské soužití může být obzvlášť v dnešní době velice obtížné. *„Jelikož v manželství dochází mezi mužským a ženským principem k nepochopení a neshodám. Každý mluví trochu jiným jazykem, má trochu jiné potřeby a sleduje trochu jiné cíle“ (Gabrhelík in Kalina et al., 2015).* Je proto nezbytné, aby byla v partnerství dostatečně udržována „rovnováha“. Dochází-li však ve vztahu k opakovanému narušování této „rovnováhy“, může dojít ke krizi. Jedná se o takový jev, který k manželství odnepaměti zákonitě patří. Dosavadní adaptační mechanismy již nestačí. Tato situace může trvat pár měsíců či několik let.

*„Problémy v manželském soužití mohou být zapříčiněny vnějšími konflikty, které produkují konfliktní, frustrační a stresové situace. Mezi nejčastěji se objevující vlivy patří: onemocnění partnera, dětí či rodičů, ztráta zaměstnání, finanční zadlužení a mnoho dalších událostí“ (Mlčák, 1996).* Tyto situace mohou sloužit, jako tzv. spouštěče a mohou tak přispět k rozvoji závislostního chování u manžela či manželky. Je tedy možné, že mnohé závislosti jsou odrazem jakési nespokojenosti ve vztazích – v manželství či v rodině, nebo v zaměstnání (Šmolka, Mach, 2008). Šmolka a Mach (2008) uvádějí že: *„Některé závislosti, lze (alespoň na počátku) odstranit změnou rodinného či pracovního klimatu, případně prostředí. Přitom zpravidla nejde o změny snadné a rychlé“ (Šmolka & Mach, 2008).* Nedaří-li se manželům krizi zažehnat, jejich motivace k udržení vztahu slábne. Konzumace alkoholu se může jevit, jako jediné adekvátní východisko. Propast

párového nepřátelství se prohlubuje a dochází k částečnému či úplnému narušení komunikace, objevují se pravidelné hádky. Ty však časem ustanou a mezi partnery nastává hrobové ticho... Pokud nedojde k degradaci vztahu pouze na formální manželství, obvykle jeden z manželů navrhuje konečné řešení – rozvod.

Avšak existují mezi námi páry, které společně fungují a nenechají se „zastrašit“ překážkami, které do jejich života vstoupili. Především, protože jejich vztah stojí na pevných pilířích, které tvoří jejich společná minulosti, přítomnosti či budoucnost. Navíc můžeme mezi partnery nalézt tak silné pouto (láska, děti apod.), které jim mnohdy brání v odchodu. Vzájemně se respektují, tolerují a podporují. Stojí při sobě, tzv. „v dobrém i ve zlém až do smrti“.

### 3.3 Závislost – rodinná a manželská trápení

*„O obětech abúzu alkoholu existuje mnoho písemných zpráv, které se soustřeďují především na problémového pijáka alkoholu jako jedince. Již méně je možné se dočíst o „opomíjených obětech“ – členech rodiny problémového pijáka, jak partnerů (druhů či manželských protějšků), tak dětí. Rodiny těchto pijáků jsou rodinami v nouzi“ (Csémy et al., 2001). Jsou to tzv. „křehké rodiny“, méně stabilní, které obvykle potřebují pomoc. Také přátelé nebo vzdálení příbuzní mohou být vmanipulováni do sítě lží, kdy mají vmýšlet omluvy či alkoholikovo jednání krýt. I přesto, že sliby alkoholiků, o tom že se změní, často nenabírají konce... Tyto závazky nemají dlouhé trvání, avšak věří se jim. Obvykle ti co mají k alkoholikovi nejbližší, jsou nejvíce poškození. Mnohdy tiše trpí a trápí se, jejich počínání může být vědomé i nevědomé.*

V jednotlivých kulturách jsou problémy s alkoholem vnímány odlišně, ale ze strany postižených mívají často charakter tzv. „skrývané hanby“. Samotní konzumenti nebo členové rodiny pijáka, mohou ve společnosti zažívat pocit studu. Nebo se společenskému kontaktu, už raději vyhýbají úplně. *„Rodina je postižena, když známí a přátelé již déle nedokáží tolerovat důsledky alkoholizmu a začnou se alkoholikovi a celé jeho rodině vyhýbat“ (Woititzová, 1998).*

Podle Jílka (2008) chování závislého jedince ohrožuje jeho rodinu hned v několika směrech. Ty lze shrnout do několika bodů, které jsme již nastínili:

- *„Nespavost.*
- *Snížená odolnost imunity.*
- *Psychické potíže.*
- *Následky fyzického násilí.*
- *Izolace, ztráta společenských kontaktů.*
- *Stud před okolím.*
- *Zakrývání skutečnosti, a tím i vystavení se riziku, že budou za lháře.*

– *Díky tomu ztráta společenského respektu a kreditu.*“

*„Sdílet společnou domácnost s člověkem, který problémově pije, je náročné. Hodně povinností, které by si za normálních okolností partneři rozdělili, přechází krátkodobě nebo i dlouhodobě a často nepředvídatelně na nepijícího partnera, děti, nebo další členy rodiny. Pití vnáší do života rodiny nestabilitu a chaos“* (Nešpor, 2006). Atmosféra v rodině je obvykle velice negativně ovlivněna. Je proto důležité zabývat se rodinami, kterým způsobuje alkohol tyto problémy.

Existují specifické problémy, které způsobují pravidelní konzumenti alkoholu sobě i svým blízkým, to má obvykle také vliv na strukturu a fungování rodiny jako celku. *„Všichni členové rodiny by si měli osvojit zásady tolerance, porozumění a lásky“* (Alcoholics Anonymous world Services, 1989). Jen tak lze dosáhnout zaručeného úspěchu, tento proces však vyžaduje jistou časovou dotaci.

## 4 Spoluzávislost – definice a charakteristika pojmu

*„Pojem kodependence (spoluzávislost) je poměrně nový a přinesl mnoho nových hledisek pro porozumění syndromu závislosti a pro jeho léčbu“* (Laskovská, 2007). Termín spoluzávislost pochází z 30. let minulého století a vznikl ve Spojených státech amerických (Minnesota), primárně v rámci hnutí Anonymních alkoholiků. Koncept kodependence byl dotvořený až kolem roku 1980. Avšak ještě před tím, než byl samotný jev pojmenován, mnoho charakteristik a dynamik bylo popsáno již předtím. Kodependence neboli „závislost na druhém“ byla původně aktivisty AA zkoumána, jako porucha příbuzných v alkoholických rodinách. Tedy v první řadě bylo zjišťováno, jak významnou roli hrají rodinní příslušníci ve snaze o abstinenci. *„Později se ukázalo, že tento fenomén je vůbec klíčový zejména v dysfunkčních rodinách. Vychází z pocitu neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, strachu z opuštění, ze ztráty identity“* (Kudrle in Kalina et al., 2003). *„Předmětem spoluzávislosti může být partner, přítel, rodič, vůdce sekty – tzv. jiná důležitá osoba“* (Škodová, 2013). Má tu moc postihnout celou rodinu nebo jednotlivé rodinné příslušníky. Ač se jistě nejedná o „genderovou diskriminaci“, tak je uváděno, že častěji jsou tímto jevem postihnuty ženy – manželky, partnerky závislých mužů.

Whitfield definuje kodependenci jako: *„Multidimenzionální stav (fyzický, mentální, emocionální a duchovní), který se projevuje při jakémkoliv utrpení nebo disfunkci, která je spojená nebo vzniká, se zaměřením na potřeby a chování druhých. Může být spojená nebo agravovaná mnohými fyzickými, psychologickými nebo duchovními stavy. Rozvíjí se v důsledku přenášení zodpovědnosti za vlastní život a štěstí našemu egu (falešnému Já) nebo druhým“* (Laskovská, 2007).

Kalina označuje spoluzávislost, jako: *„Souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, anebo naopak sabotují či zlehčují snahu o vyléčení. Spoluzávislý člověk či systém rodinných vztahů jako by nemohl unést „nezávislost“ a závislé dítě či partnera vlastně „potřeboval“. Model spoluzávislosti vlastně předpokládá, že partner nebo rodina závislé chování umožňují“* (Kalina et al., 2008).

Whitfield označuje tento jev, jako nejběžnější formu závislosti, kterou mohou lidé trpět. Podle odborníků se spoluzávislost učíme od svého okolí. V tomto smyslu se tedy jedná o tzv. „nakažlivou nebo získanou chorobu“. Lze ji však léčit a tedy úzdrava je možná. Podle Laskovské (2007) je kodependence:

- |                                 |                                                          |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------|
| a. „Naučená a získaná.          | f. Porucha emocí.                                        |
| b. Vývojová.                    | g. Projevuje se nízkým sebehodnocením.                   |
| c. Zaměřená na okolí.           | h. Vytváří těžkosti ve vztahu k sobě samému a k druhým.“ |
| d. Porucha ze ztráty sebevlády. |                                                          |
| e. Deformace ze ztráty hranic.  |                                                          |

## 4.1 Vznik a projevy spoluzávislosti

Podle Beattieové (2006) můžeme u osob s touto poruchou, pozorovat tyto charakteristické znaky a projevy:

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| – <i>„Péče o druhé.</i>  | – <i>Závislost.</i>         |
| – <i>Nízká sebeúcta.</i> | – <i>Špatná komunikace.</i> |
| – <i>Potlačování.</i>    | – <i>Tenké hranice.</i>     |
| – <i>Obsese.</i>         | – <i>Nedostatek důvěry.</i> |
| – <i>Kontrola.</i>       | – <i>Hněv.</i>              |
| – <i>Popírání.</i>       | – <i>Sexuální sklony“.</i>  |

Člověk, který žije společně s osobou závislou na alkoholu, se obvykle ocitá v síti závislosti, ta obvykle neodpovídá jeho představám o rodinném životě. Spoluzávislý se mnohdy neúspěšně a opakovaně snaží o to vyléčit závislého, snaží se o jeho nápravu k lepšímu obrazu. Vlivem toho, že věnuje veškerý čas tomu, aby u svého partnera dosáhl pozitivní změny, se z něj stává spoluzávislý. Opakovaně zapomíná na sebe, celý svůj život přizpůsobuje a obětuje druhému (Diplomová práce, 2015). Nešpor (2011) a Šavrnochová (2011) uvádějí, že: *„Příbuzní závislého člena na alkoholu postupně ztrácejí svoji osobní identitu a tím hlavním důsledkem je, že se příliš zaměřují na potřeby závislého. Mnohdy proto zanedbávají své vlastní potřeby a přebírají za něj zodpovědnost, čímž mu uvolňují cestu k úniku před následky jeho pití“* (Diplomová práce, 2015). V praxi lze pozorovat, že to tak skutečně funguje, spoluzávislí chrání závislého v tom smyslu, že jeho problém popírají, bagatelizují či dokonce obhajují. *„Spoluzávislý je tak paradoxně vlastně „umožňovač“ závislosti v rodině“* (Škodová, 2013). Hlavní nebezpečí, které z tohoto počínání plyne, je že se spoluzávislí dostávají do bludného kruhu, ze kterého se sami bez pomoci odborníku nemohou vymanit. Tím, že spoluzávislý z jakéhokoliv důvodu toleruje závislost svého partnera, brání jeho změně k lepšímu.

*„Velkou část života lidé zachraňují, přemlouvají, kryjí či zapírají. Čím déle to dělají, tím více si „užívají“ problémů se závislostí. Věří, doufají, zlobí se, prosí, přemlouvají, vyhrožují... Nic jim to není platné, ale mají pocit, že alespoň něco udělali. Stále čekají, že jejich milovaní a zároveň nenáviděný závislý pochopí, že to takhle dál nejde. Budou čekat, rok, dva, tři, a někdy celý život. Nemají klid ani čas na sebe, na své děti, své přátele, příbuzné. Na své vzdělání, dovolenou, zábavu. Všechno podřizují jejich pití. Jsou nuceni lhát, podvádět, prosit... Jsou týráni a zlobí se, že to dělají a čekají na „ten okamžik“, kdy to přestanou dělat – kdy je to přestane bavit. Nikdy se toho však nedočkají. Pokud s tím sami nic neudělají!“* (Jílek, 2008). Rodina se snaží závislému pomoci, různými způsoby, které na jedné straně mohou být užitečné, ale na straně druhé mohou být destruktivní pro samotnou rodinu (Diplomová práce, 2015).

Podle Kudrleho (2003) existuje tzv. primární a sekundární kodependence. Jedná se tedy o jev, který se rozvíjí nevědomě a nedobrovolně. *„Ve své primární podobě se začíná díky špatnému zacházení, zneužívání nebo díky obojímu, které se děje vulnerabilnímu a nevinnému dítěti z jeho okolí, zvláště ze strany původní rodiny a později ze strany kultury a společnosti“* (Kudrle in Kalina et al., 2003). K rozvoji dochází na základě procesu, který pojmenoval Whitfield (1991) – jedná se o tzv. „zraňování“.

- 1. Primární kodependence** – *„Znamená, že žádná jiná porucha nevyvolala kodependenci, i když jedna nebo více poruch – včetně závislosti – mohou existovat souběžně“* (Kudrle in Kalina et al., 2003).
- 2. Sekundární kodependence** – Tento jev se může objevit u osob, které vstoupili do tělesného či do jinak důležitého vztahu s aktivně závislým, narušeným nebo jakkoliv jinak „orientovaným“, dysfunkčním jedincem. Avšak sami tito jednotlivci vyrůstali v tzv. zdravé rodině. Podle Kudrleho (2003) lze mezi nejčastější diagnózy spojené s výskytem sekundární kodependence zařadit např. poruchy přizpůsobení, dystymní porucha, nebo úzkostná porucha.

Hlavní rozdíl mezi výše zmíněnou typologií můžeme pozorovat v tom, že sekundární spoluzávislost má obvykle mírnější průběh a je snadněji léčitelná. *„Mezi četnými projevy kodependence jsou takové, které se mohou projevovat jako převlek osobnosti. Ilustrují, jak se spoluzávislost může chovat v mnoha podobách přestrojení“* (Kudrle in Kalina et al., 2003). Během terapie jsou obvykle klienti s těmito termíny seznámeni a je možné tedy aplikovat psychoedukaci. Podle Whitfielda (1991) se mohou u jednotlivců vyskytovat některé uvedené projevy či jejich kombinace:

- a. *„Zachránce a pomocník.“*
- b. *Uspokojovatel lidí.*
- c. *Výkonný.*
- d. *Neadekvátní nebo selhávající.*
- e. *Oběť.*
- f. *Mučedník.*
- g. *Závislý.*
- h. *Grandiosní.*
- i. *Ztracené dítě“* (Kudrle in Kalina et al., 2003).

Spoluzávislost je tedy jev, který se může zpočátku objevit pod jakýmkoliv „převlekm“. A je tedy nezbytné myslet na to, že je nějakým důležitým způsobem svázána s kauzálním řetězcem utrpení mnoha lidí (Kudrle in Kalina et al., 2003).

*„Život s člověkem, který propadl alkoholu, je přímo prošpikován sliby. Porušenými sliby. Postavení té nejbližší s sebou nese i to, že se oddáváte sebeklamu, na nejvyšší úrovni. Lžete sami sobě i ostatním. Nevědomky jsem si věci přikrášlovala, bagatelizovala. Chtěla jsem, aby byl život jiný, lepší“ (Janouchová, 2005).*

## **4.2 Stádia spoluzávislosti**

U spoluzávislých jedinců můžeme pozorovat jisté fáze, kterými v průběhu tohoto fenoménu procházejí. Ty se však dále odrážejí především v jejich emočním rozpoložení. Šavrnichová (2011) popisuje šest stádií spoluzávislosti. Viz. Příloha č. 11. Odborníci se jednoznačně shodují v tom, že níže uvedené etapy se nemusí vyskytovat pouze v daném pořadí. Ale mohou se opakovaně vracet, střída či probíhat paralelně. Jednotlivci dokonce mohou dlouhodobě nebo trvale setrvat v jedné fázi.

- |                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. <i>„Fáze popření.</i>     | 4. <i>Fáze smutku.</i>    |
| 2. <i>Fáze hněvu.</i>        | 5. <i>Fáze nenávisti.</i> |
| 3. <i>Fáze zachraňování.</i> | 6. <i>Fáze smíření.“</i>  |

Laskovská (2007) popsala tři stádia průběhu kodependence: iniciální, prodromální a kruciální. Názvy těchto etap v sobě ukrývají, výčet situací (událostí) jež obvykle předcházejí přechodu od „funkční rodiny“ (s členem závislým na alkoholu) k „rodině spoluzávislé“:

### **1. Iniciální stádium**

- *„Partner popírá, že se děje něco mimořádného.*
- *Situaci omlouvá.*
- *Zároveň však závislému pití vyčítá.*
- *Bludný kruh výčitek a slibů.*
- *Děti sledují rozpory a hádky – mohou se objevit neurotické obtíže.*
- *Rodina si navenek těžkosti nepřipouští.*

### **2. Prodromální (varovné) stádium**

- *Rodinná atmosféra je nasycená obavami a napětím.*
- *U členů rodiny se vyskytují somatické obtíže.*
- *Výhrůžky, prosby, taktiky.*
- *Život v očekávání a strachu.*

### **3. Kruciální (kritické) stádium**

- *Narušený chod domácnosti.*
- *Rodina může být špatně finančně zabezpečená.*
- *Nepijící partner na sebe přebírá veškeré úlohy – role záchránce.*



- *Rodina je v debaklu až kalamitě.*
- *Rodina se stává patologickou – potřebuje odbornou pomoc.*

#### 4. Terminální (konečné) stádium

- *Rodina je v rozkladu, je izolována od společnosti a sociálně oslabená.*
- *Dochází k rozpadu rodiny jako systému – rozpad rolí.*
- *Žádost o rozvod.*
- *Závislý je vyloučený z rodinného života.“*

Osoby v pokročilém stádiu spoluzávislosti mohou být apatické či depresivní. Uzavírají se do sebe a izolují sebe i své děti od společnosti. Tímto chováním naprosto ztrácejí smysl pro každodenní rutinu a strukturu dne. Zneužívají nebo zanedbávají své děti a ostatní povinnosti. Trpí beznadějí, a přemýšlejí o útěku ze vztahu či dokonce nad sebevraždou. Mohou se z nich stát násilníci, může u nich dojít k rozvoji duševní choroby. Velice často trpí poruchami příjmu potravy a mohou se dopracovat také k vlastnímu syndromu závislosti.

### 4.3 Diagnostika a léčebné intervence

Mezi nejčastější poruchy, které se vyskytují v souvislosti s kodependencí řadíme dle MKN-10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008):

- **Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6).**
- **Závislá porucha osobnosti (F60.7).**
- **Anankastická porucha osobnosti – obsedantně-kompulsivní (F60.5).**
- **Smíšená porucha osobnosti (F61.0).**
- **Smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2).**
- **Fobické úzkostné poruchy (F40).**
- **Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1).**
- **Posttraumatická stresová porucha (F43.1).**

Spoluzávislost nacházíme uvnitř diagnostických kritérií. Již dlouhodobě dochází ke zjišťování, u jakých diagnostických okruhů její léčba může vést k úplnému zvládnutí nemoci. Podle teorie Whitfielda existují diagnózy, u kterých jejich nositelé nemají o léčbu kodependence zájem či na ni nijak nereagují. Jedná se o **Narcistickou poruchu (F60.8)** nebo o **Disociální poruchu osobnosti (F60.2)** (Kudrle in Kalina et al., 2003).

Uvádí se, že poruchy osobnosti řadíme mezi diagnózy, které jsou hůře léčitelné. Avšak je-li vhodně zvolen a především komplexně využit terapeutický program, může být léčba úspěšná. „*Úzdrava spočívá v sebeobjevování a postupném růstu osobnosti člověka. Vyžaduje aktivní spolupráci klienta, žádá si přítomnost soucitných, „bezpečných“ a*

podporujících lidí. V léčebném procesu je důležité naučit se identifikovat své fyzické, mentální, emocionální a duchovní potřeby. Identifikovat a odtruchlit bolest z neodtruchlených ztrát v přítomnosti bezpečí starostlivých osob“ (Laskovská, 2007). Podle společenství anonymních spoluzávislých osob je prvním krokem přiznat si vlastní bezmoc nad druhými. Bezmoc ve vztahu k jejich názorům, myšlenkám, volbám, rozhodnutím, pocitům či behaviorálním aspektům. Během tohoto kroku, ale současně zjišťují, že mají stále moc nad sebou samým. Vnímají svoji osobní sílu a přijímají zodpovědnost za své vlastní blaho a fungování (Laskovská, 2007).

Existují jisté techniky, formy a pravidla léčby. Řadíme mezi ně opakované setkávání svémocných skupin, např. Al Anon (svépomocná skupina pro příbuzné a přátelé závislého pacienta), Anonymní Kodependenti atd. Může to však být také specifická skupinová psychoterapie pro spoluzávislé či pro dospělé děti z dysfunkčních rodin. Během sezení je podle Frouzové (2003): „Potřeba se soustředit na problémy, jako je například identita a možnosti osobního rozvoje, ošetření pocitů méněcennosti i nereálných megalomaničeských snů a nové vzorce reálného jednání – například nácvik koncepčního vybírání si svých programů, sebeprosazování a umění říct „ne“, pomoc při plánování a dotahování vlastních projektů do výsledné fáze, zvyšování sebedůvěry pomocí zrcadlení úspěšných kroků, které klient dělá v programu, podpora při hledání přátel dle svých vlastních potřeb atd.“ Skupinová terapie se obvykle neobjede bez paralelní individuální psychoterapie. Velkou pomoc k uvědomění a přijetí sebe sama, zodpovědnost za sebe a sebereflexi lze nalézt také v deníku. Ten může klienta vyvést z uzavřeného, myšlenkového kolotoče pochybností či obviňování, což mu umožní efektivnější využití své energie (Frouzová, 2003). Pro těžší formy kodependence je v krajních případech možné využít i ústavní léčbu. Dalším vhodným prostředkem je tzv. „detoxifikace“, což znamená odpoutat se od lidí, věcí, míst, primární závislosti, které blokují uzdravu. Vzdělávací programy o spoluzávislosti, které mohou sloužit také jako podpůrná forma léčby. Či pravidelný kontakt a sdílení svých trápení svým důvěrníkům.

„Úzdava je obvykle pomalá i dlouhodobá. A její kvalita se u jednotlivých klientů liší. Pokud u klienta, který je diagnostikován jako porucha osobnosti a tudíž hůře léčitelný, zavedeme postupy, které jsou přiměřené z hlediska dynamiky kodependence, může docílit větší naděje na uzdravu a tudíž i lepší prognózu. Bude samozřejmě záležet na tom, zda terapeut má specifický trénink a dovednosti v léčbě spoluzávislosti, ale také na tom zda budou vhodně rozpoznány a léčeny i jiné průvodní psychologické poruchy“ (Kudrle in Kalina et al., 2003).

Pravděpodobně v průběhu dalšího vývoje dojde k upřesnění této poruchy. A také léčebné postupy budou jistě vylepšeny či obohaceny o další terapeutické techniky. „Je se stále čemu učit. A až kodependenci správně pochopíme, může se stát dokonce naším učitelem“ (Laskovská, 2007).

## 5 „Záchrana“ jménem abstinence a ostatní léčebné postupy

K dosažení úspěšné léčby závislosti na alkoholu je v současnosti abstinence základní nezbytnou podmínkou. V závěrečné kapitole se budeme tedy zabývat pojmem abstinence a intervencemi, které k její udržitelnosti mohou přispět.

Pojem abstinence je podle World Health Organization (1994) definován, jako: *„Zdržení se nebo zřeknutí se užívání alkoholu bez ohledu na to, zda je to na základě nějakého přesvědčení nebo zda je to z jiných důvodů“*. Odborná literatura rozlišuje celoživotní, tzv. totální abstinenci a současnou abstinenci. Pojmem celoživotní abstinence znamená, odříkání se konzumace po celý život. A termín současná abstinence, obvykle označuje abstinenci za poslední rok (Holcnerová, 2010). Zdravotní a náboženské důvody, rodinné tradice, obava ze ztráty kontroly či záznam v anamnéze o závislosti na alkoholu, jsou nejčastější motivy, které jedince k abstinenci přivádí. Ať už jsou pohnutky k odříkání si alkoholu jakékoliv, můžeme je nejspíš označit za „životní výhru“.

*„Kdokoliv v současné době abstinuje, může být nazýván „abstinent.“ Termín „současný abstinent“ (current abstainer) je někdy používán pro výzkumné účely a definován jako osoba která neužívá žádnou látku po určité období, např. 3, 6 nebo 12 měsíců. V některých studiích osoba, která pije nebo užívá jiné drogy pouze jednou nebo 2x za rok, je klasifikována jako abstinent“* (Kalina et al., 2001). Je však nutné, aby v rámci demografických a zdravotnických profilech byl udržen rozdíl mezi celoživotním abstinentem a ex-userem. Tímto termínem lze označit jedince, který je bývalým uživatelem drog, spontánně abstinující či po léčbě podstatnou dobu v řádu měsíců nebo let (Kalina, 2001).

Je nezbytné uvést, že žádný terapeut, zabývající se terapií závislosti, nezdůrazní abstinenci jako cíl, pro který se žije. Ale označí jej pouze, jako prostředek, který nemá se smyslem života co dělat. Skála (1987) je jedním z odborníků, který na tento fakt v minulosti upozorňoval. A zároveň také zdůrazňoval, že abstinence je prostředek, nikoliv cíl (Kalina et al., 2008).

*„Nežít pro abstinenci, ale abstinovat proto, abych mohl žít podle svých představ“* (Jílek, 2008).

### 5.1 Stádia abstinence

Překonání závislosti, lze podle některých amerických odborníků rozdělit do tří stadií. Délka či průběh jednotlivých fází, se může u různých jedinců samozřejmě lišit.

1. *„První zhruba rok je ze všeho nejdůležitější se soustředit na udržení abstinence, všechno ostatní se tomu musí bezpodmínečně podřídít. Během prvního roku se*

*rozbíjejí lety zaběhané vzorce rizikové chování a člověk si začíná vytvářet zdravé abstinentské návyky.*

- 2. Druhý rok abstinence dává člověk do pořádku to, co si závislosti v životě pokazil. Obvykle se zlepšují rodinné vztah i situace v zaměstnání. Abstinence se v tomto stadiu už jasně vyplácí a to člověka motivuje si nově nabyté výhody udržet.*
- 3. Od třetího roku se člověk soustřeďuje na využívání svých schopností, rozvoj osobnosti a vnitřní růst. Toto stadium může trvat neomezeně dlouhou dobu. Abstinující už nepotřebuje tak intenzivní ambulantní léčení, ale i v tomto stadiu si udržuje abstinentskou kondici návštěvami Anonymních alkoholiků nebo skupinové či individuální terapie“ (Nešpor, 2006).*

## **5.2 Prevence vzniku re/lapsu a recidivy**

Termín laps můžeme volně definovat, jako tzv. jednorázové „uklouznutí“. Tento jev můžeme přirovnat k rozcestí se dvěma směry. Jedena cesta může klienta nasměrovat přímo k rozvoji původního závislého chování. Může nastat kompletní relaps – více „uklouznutí“ nebo se plně rozvine recidiva. Kdežto druhý směr může vést k pozitivní změně v životě. Ještě více podpoří klientovu snahu o abstinenci, dopřeje mu novou zkušenost i zážitek.

*„Prevence relapsu je přístup zaměřený na sebekontrolu, používaný při léčbě různých druhů závislého chování. Jedná se o psychoedukační program, kombinující techniky kognitivních intervencí a trénink dovedností“ (Kalina et al., 2001).* Hlavním cílem je jedinci pomoci změnit jeho závislé chování a udržet všechny předchozí, pozitivně navozené změny. Patří zde například vylepšení sebekontroly, anticipace rizikových situací a zlepšení dovedností tyto stavy zvládat.

Programy zabývající se prevencí relapsu vzájemně kombinují techniky behaviorálního a kognitivního přístupu. Zaměřují se také na strategie podporující rovnováhu životního stylu. Tento přístup vychází z teoretického modelu, který popsali odborníci – Marlatt a Gordonová (1985). Podle uvedených autorů je relaps procesem, který má jisté zákonitosti. Než dojde k porušení abstinence – k recidivě, předchází ji řetězec, na sebe logicky navazujících kroků. Jedinec však může tento řetězec přerušit či úplně zastavit a recidivě tak předejít. *„Pokud klient tento proces pochopí, zlepšuje se jeho self-management a tedy i jeho schopnost odolávat relapsu. Tato teorie považuje relaps za součást procesu uzdravy a jeho kvalitní zpracování individuem za faktor snižující pravděpodobnost dalšího relapsu“ (Kalina et al., 2001).* V praxi hrají klíčovou roli především tyto dovednosti – zvyšování sebeuvědomění, anticipace a vyhýbání se rizikovým situacím, kontraktování, atd.

Marlatt a Gordonová společně definovali rizikové situace, které jedince vystavují spouštěčům a mohou tak přispět k rozvoji re/lapsu či recidivy:

- a. **„Negativní emocionální stavy – tvoří příčinu až 35 % relapsů. Projevují se pocity frustrace, hněvu, úzkosti, smutku, deprese či nudy. Ke zvládnutí těchto pocitů je klíčové rozpoznat důvody, proč se klient cítí skleslý, snažit se myslet pozitivně, nezůstat o samotě, udělat si radost.**
- b. **Interpersonální konflikty – jde o konflikty či hádky v jakémkoliv mezilidském vztahu (přátelství, rodina, zaměstnání). Účinnou první strategií je situaci co nejrychleji opustit.**
- c. **Sociální tlak – může být přímý (verbální přesvědčování) nebo nepřímý (přítomnost osob užívající drogy). Klient by se měl takovým situacím vyhýbat, dopředu si plánovat, jak zareaguje, a učit se odmítat. Pokud se do situace dostane, může využít pomoc od přátel“** (Pavlovská in Kalina et al., 2015).

Odborníci uvádějí další možné příčiny re/lapsů, patří zde např. zklamání z různých očekávání, nedostatečná nebo žádná ocenění, sociální izolace, sebelítost, osamělost, stres, vyčerpání, deprese, polevování v pravidlech a režimu atd. Protože není vždy možné se rizikovým situacím vyhnout, pracuje se při prevence relapsu s každým klientem individuálně na dovednostech k jejich zvládnutí.

### 5.3 Párová terapie, jako možné východisko?

Hovoříme-li s klientem o možnostech léčby jeho syndromu závislosti, je nezbytné jej edukovat v oblasti psychoterapie. V ideálním případě by ji měl absolvovat individuálně nebo ve formě skupiny. Již jsme zmiňovali, že nejčastěji je v adiktologické sféře využívána terapie kognitivně-behaviorální. Avšak v této poslední podkapitole se budeme primárně zabývat terapií párovou, protože práci autorka zaměřila na manželský pár.

Párová (partnerská) případně manželská terapie, je speciální formou psychoterapie, jež se zaměřuje na partnerskou dvojici a její případné problémy ve vztahu. „*Jejím cílem je pomoci partnerské dvojici zvládnout závažné konflikty a krizové situace, dosáhnout vzájemného souladu při uspokojování potřeb obou partnerů*“ (Kratochvíl, 2009). Jedná se o léčbu poruch v manželském soužití. Terapie v sobě může ukrývat prvky rodinné i individuální psychoterapie. Nicméně převažuje v ní práce s dvojicí, která však také může být terapeuticky orientovaná na jednoho z partnerů a manželský vztah. „*Z hlediska rodinné terapie se pár jeví jako systém, z hlediska individuální terapie jako interakční společenství dvou lidí. Existují různé koncepce partnerské terapie, které se mezi sebou liší v tom, jak chápou podstatné příčiny a patogenezi partnerských obtíží a jaké metodické postupy v léčení používají*“ (Kalina et al., 2001).

Přístup dynamický, kognitivně-behaviorální a humanisticko-psychologický řadíme v současnosti k nejvlivnějším a nejvyužívanějším koncepcím. Lze mezi ně zařadit i tyto přístupy – komunikační, transakční, racionální, systémový a systematický. *„Různé teoretické přístupy mají společný předpoklad, že každé partnerství má za základ vědomou nebo nevědomou dohodu, která určuje to, co má kdo ve vztahu vykonávat, jaká očekávání má splňovat a jak za to bude odměněn“* (Kalina et al., 2001). V žádném případě nemůže terapeut vytvořit s jedním z partnerů koalici. Je nezbytné, aby byl po celou dobu terapie tzv. „nestranným pozorovatelem“ avšak s odbornými znalostmi. Velice důležitý je také individuální přístup v jednotlivých případech. Musí se rozlišovat, zda bude za terapeutický úspěch považováno pokračování partnerství či rozchod.

Manželské poradenství je obor, který se s terapií může do značné míry překrývat. Jelikož jejím hlavním úkolem je rovněž, manželům poskytnou kvalifikovanou pomoc v jejich vztahových problémech i konfliktech. *„Z pojmu vyplývá, že jde primárně o poskytnutí rady, a nikoli o terapii, ale u složitějších problémů se vypracované manželské (párové) terapie využívají jak v klinické, tak v poradenské praxi“* (Kratochvíl, 2009).

V jistých případech není možné párovou terapii využít, jako jedinou léčebnou intervenci. Například jedná-li se o partnerský vztah, ve kterém hraje důležitou roli alkohol. *„Osoby závislé na alkoholu, muži i ženy, často zdůvodňují své pití manželskou konfliktovou situací. Příčinná souvislost je zpravidla opačná nebo se obojí vzájemně potencuje. Ale ať už jsou příčiny jakékoliv, protěti kruhu musí začít protialkoholním léčením, nikoliv manželskou terapií. Je bezúčelné pokoušet se urovnávat manželské soužití, dokud nebylo dosaženo abstinence“* (Kratochvíl, 2009).

Manželství, kde se vyskytuje u obou partnerů abúzus alkoholu, je nezbytné zařadit do klasifikace problematických vztahů či stylů manželství. Obvykle také můžeme hovořit o manželství, v němž „žádný z partnerů neumí plavat a jeden druhého táhne pod hladinu“. Hovoříme-li však o vztahu, kdy se oba partneři potýkají se závislostí, a i přesto vstoupili do manželství s těmito okolnostmi či problémy... Je jisté možné jejich partnerský vztah povzbudit právě s využitím párové terapie. Avšak nesmí se zapomínat na ostatní léčebné intervence, které s celostní úzdavou také úzce souvisí.

***„Manželský vztah i léčba závislosti, je něco, na čem se musí během života neustále pracovat! Vydařené manželství je v dnešní době jedním z divů světa.“*** (Autor)

## II. EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

### 1 Kasuistická práce – případová studie

Závěrečná práce tohoto typu se řadí mezi specifický druh výzkumné práce. „*Jedná se o intenzivní studium jednoho případu – jedné situace, jednoho člověka, jednoho problému*“ (Olecká & Ivanová, 2010. In Vacek, Miovský, 2013). „*Jde také o zachycení složitosti případu a o popisu vztahů v jejich celistvosti*“ (Hendl, 2005). Metoda je to veskrze kvalitativní, protože nám umožňuje prakticky dokonale splnit základní cíle kvalitativního výzkumu. Což znamená, že zkoumá fenomény současné doby podrobně a do hloubky, v jejich pravém kontextu. A to především v případech, kdy hranice mezi fenoménem a jeho kontextem nejsou zcela jednoznačné (Olecká & Ivanová, 2010). Nicméně nejedná se pouze o nástroj, který umožňuje rozšiřování teoretického zázemí, slouží také jako prostředek k edukaci studentů či profesionálů v praktické oblasti daného oboru. „*V obecné rovině totiž zkoumá dva typy fenoménů – buďto reprezentuje nejčastěji se vyskytující jev, nebo naopak jev zcela zvláštní, výrazně se odlišující od normálu*“ (Olecká & Ivanová, 2010).

V této závěrečné práci jsme se zaměřili na druhý typ fenoménu, tedy „vzácný“, který ideálně bude sloužit všem, kteří v daném oboru vykonávají praxi nebo se nacházejí v podobné životní situaci. Protože může upozorňovat na jisté odlišnosti od standardních situací a to může pomoci minimalizovat chyby, které vznikají z neznalosti těchto odchylek.

### 2 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

#### 2.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Výzkumným problémem v této práci je na kazuistických případech, zobrazit životní příběh ženy a muže, kteří se potýkají se závislostí na alkoholu. Respondentka (manželka) dlouhodobě od alkoholu abstinuje a respondent (manžel) je stále závislý na požívání alkoholických nápojů. Respondent se v podstatě celý život pokouší o dlouhodobou abstinenci, nicméně bez úspěchu. Aktuálně je bez zájmu o jakékoliv léčebné intervence. Téma práce nabízí další pohled do problematiky a zobrazí, jak toto manželství může probíhat a fungovat.

V práci chceme zjišťovat a mapovat tyto oblasti:

- Jaká životní období a situace vedly u respondentů k rozvoji osobní závislosti na alkoholu?
- Co respondentku motivovalo k abstinenci – průběh a zvraty jejího léčebného plánu?

- Jaké techniky k prevenci relapsu respondentka využívá?
- Které situace respondenti hodnotí ve svém životě, jako zásadní? (využití metod časová osa a životní křivka).

Dále se chceme zabývat respondentovou závislostí. Proč s užíváním alkoholu nedokáže přestat, co jej k tomu vede? A zda jej manželka neinspiruje k abstinujícímu životu. Co respondenty ve vztahu naplňuje, a co jim dodává sílu k tomu, aby ve vztahu setrvali? Jelikož je známo, že soužití ve vztahu tohoto typu mnohdy nemá reálnou podobu. Jak tedy na společné soužití manželé nahlíží? A jak je na tom jejich psychický stav, vlivem všech těchto okolností?

Hlavní cíl práce zní: *„Zjistit, jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou.“*

## 2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vycházejí z hlavního výzkumného cíle a jsou následující:

### Hlavní výzkumná otázka:

*Jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou?*

### Doplňující výzkumné otázky:

1. *Považují respondenti manželství za harmonické, splňuje jejich představu ideálního vztahu?*
2. *Jakou roli zaujímají v tomto vztahu respondenti – vyskytuje se v jejich vztahu spoluzávislost?*
3. *Jaké techniky prevence relapsu respondentka využívá k udržování abstinence?*
4. *Jaké okolnosti či situace by respondenta mohli motivovat k abstinenci?*

## 3 Výběr případu

Podle Stake se rozlišují tři typy případových studií. K realizaci výzkumu jsme zvolili Intrinsitní případovou studii, která se věnuje případu jenom kvůli němu samému, což je také našim záměrem. Hlavním cílem je porozumění případu a pochopení, propojení jeho jednotlivých částí (Hendl, 2005). Tím je konkrétně myšleno, že se v práci zaměříme na všechny životní oblasti respondentů, spojené s konzumací alkoholu, ale především na jejich manželský vztah.

Autorka respondenty – ADAMA i EVU osobě zná již od dětství. Tudíž si mezi



hlavní strategii volby tématu troufá zařadit právě tento fakt. Jež přispěl k tvorbě samotné kasuistiky. Naskytla se jí možnost respondenty kontaktovat, a jelikož autorce oba aktéři výzkumu věří, získala ihned souhlas k realizaci jejich kasuistiky. Která jim nepochybně zasahuje do soukromí.

Aby byla dodržena kritéria případové studie, je nezbytný rozbor případu. Kasuistická práce má za úkol, co nejvěrněji zachytit tuto mnohotvárnost prostřednictvím podrobné analýzy jasně definovaného a ohraničeného subjektu (Drulák, 2008). Jak již bylo uvedeno, partnerský či manželský vztah spojený se závislostí na alkoholu, primárně nepřináší žádné pozitivní roviny. Nicméně může i přes veškeré důsledky ojediněle i 24 let existovat.

## 4 Metodika výzkumu

### 4.1 Základní metody sběru dat

Kasuistika, je sama o sobě výzkumnou metodou, nicméně k jejímu zpracování bylo potřeba získat informace, prostřednictvím rozhovoru. Individuální **semistrukturované, hloubkové interview**, je tedy hlavní metodou sběru dat (Miovský, 2006). Před realizací samotných rozhovorů byly vytvořeny okruhy a schéma otázek z dané oblasti:

- Období dětství a dospívání.
- Období aktivního užívání.
- Léčebné období.
- Období relapsu, recidivy, abstinence.
- Duální diagnóza.
- Společná léčba, vztah, manželství a život v zahraničí.

Během interview byly respondentům pokládány primárně strukturované otázky, jež měly za úkol zapadnout do zvolených oblastí. Uvedené okruhy byly směrnici při definici tzv. jádra interview. V kasuistice respondentů tyto body slouží, jako názvy podkapitol. I když autorka v průběhu rozhovoru pracovala v první řadě se strukturovanými otázkami, respondenti měli prostor k volnému vyprávění o svém dosavadním životě. Autorka směr rozhovoru korigovala pouze minimálně, a to především proto, aby ze získaného materiálu bylo možné zodpovědět stanovené výzkumné otázky. A aby byl dosažen výzkumný cíl práce. V úvodu byly respondentům pokládány anamnestické otázky, po té následoval rozhovor zaměřený na jejich životní příběh – prvky narativního rozhovoru.

Aplikace semistrukturovaného interview přispěje k obsažení všech oblastí výzkumných otázek a současně nabídne prostor pro vysvětlení odpovědi účastníka, například:

- Lze přezkoušet, zda respondenti otázkám porozuměli.
- Respondenti mohou rovněž vyjevit své subjektivní pohledy a názory, které se v osobní případové studii očekávají.
- Rovněž mohou dotazovaní samostatně navrhnout možné vztahy a souvislosti.
- Prostřednictvím polostrukturovaného interview je možné klást respondentům doplňující otázky, a můžeme proto pracovat s danou problematikou do hloubky (Hendl, 2005).

Semistrukturované interview rovněž kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody obou krajních forem rozhovoru, tj. nestrukturovaného a strukturovaného. Jistá volnost polostrukturovaného rozhovoru se jeví jako vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s respondentem, do jisté míry se dají akceptovat jeho osobní specifika, komunikace může lehčeji plynout (Reichl, 2009).

Velice důležitá byla rovněž samotná příprava a aplikace rozhovoru v praxi. Jak již bylo zmíněno, autorka zná respondenty osobně, o to těžší bylo udržet rozhovor na profesionální úrovni. Proto bylo nezbytné si již v úvodu stanovit hranice pro hladký průběh interview, aby byl dodržen status quo a etika výzkumu. I když byli respondenti s výzkumem podrobně seznámeni, i přesto bylo nezbytné jim před zahájením sběru dat určité informace zopakovat:

- Proč je výzkum realizován, a co od nich jako od účastníků očekáváme, povaha a účel výzkumu.
- Sdělení kde a jak bude interview probíhat.
- Získání souhlasu s realizací rozhovoru a se zvoleným způsobem fixace dat.

Nelze podcenit ani závěrečnou fázi rozhovoru, kdy bylo důležité vhodně uzavřít kontakt i kontrakt s respondenty a rovněž, bylo nezbytné ověřit, zda povaha výzkumu nijak neohrozila psychický či fyzický stav aktérů výzkumu (Miovský, 2006).

## 4.2 Doplňující metody sběru dat

Jako sekundární metoda sběru dat byl zvolen dotazník kvality života – **WHOQOL-BREF** (World Health Organization, 1996) (Příloha č. 8, 9, 10), který vhodně doplňuje data získaná rozhovorem. Aby byly dodrženy autorská práva, bylo nezbytné kontaktovat spoluautorku české verze dotazníku Mgr. Jitku Prajsovou z Národního ústavu duševního zdraví. Po vyplnění registračního formuláře, bylo možné dotazník použít k nekomerčním výzkumným účelům. Lze jej využít pro populaci do 65 let. Pomocí dotazníku respondenti posuzovali kvalitu svého aktuálního života. „*Dotazník sestává z 24 položek sdružených do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem tedy 26 položek)*“ (Šťastná, 2007). Délka administrace dotazníku trvá přibližně 5 – 10 minut.

Během prvního interview byl respondentů předložen požadavek, aby vytvořili svoji

**časovou osu a křivku života.** K určení diagnózy byl, respondent požádán o vyplnění **dotazník závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize** (Nešpor, 2011) (Příloha č. 6) a **test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu – AUDIT** (Babor et al., 2001) (Příloha č. 7). V případně respondentky, žádný z dotazníku týkající se závislosti nebylo možné aplikovat, protože 24 let abstinguje. A všechny uvedené otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Tyto kvalitativně – kvantitativní nástroje rovněž slouží, jako doplňující materiál pro osobní případovou studii.

Dále po předchozí domluvě a s udělením souhlasu respondentů, autorka měla v plánu absolvovat **individuální semistrukturované interview s panem primářem** z léčebného zařízení, kde se respondenti poznali. Pan primář byl jejich ošetřujícím lékařem a oba respondenty velice dobře zná. Jeho bývalí pacienti se o něm také v kazuistice zmiňují. Bohužel to však posléze nebylo možné, protože lékař má vážné zdravotní komplikace.

Také **zdravotnická (psychiatrická) dokumentace respondentů**, je přínosným materiálem, ze kterého lze vycházet a čerpat (Miovský, 2006).

K ukončení sběru dat došlo až po dosažení teoretické saturace.

### **4.3 Výzkumný soubor**

K získání respondentů pro osobní případovou studii – klinickou kazuistiku, byla zvolena metoda totálního výběru výzkumného souboru (Miovský, 2006). Základní soubor tedy koresponduje s výběrovým souborem.

Hlavním kritériem pro výběr do studie, byl samotný životní příběh respondentů a souhlas zúčastnit se výzkumné práce.

### **4.4 Metody analýzy dat**

Autorka sebrané rozhovory analyzovala až po ukončení sběru dat. K upevnění získaných kvalitativních dat byl využit audiozáznam. Pro uchování a organizaci dat, bylo nezbytné provést transkripci audiozáznamu. Transkripcí označujeme proces převodu původních dat do lépe zpracované podoby. Konkrétně byly rozhovory, doslovně přepsány do textového editoru Microsoft Word 2010. Text bylo nutné upravit, tzv. redukcí prvního řádu. Byl zbaven těch výrazů, které nejsou relevantní k danému výzkumu. Formát byl upraven pouze minimálně a jeho výsledný text byl v uvozovkách vložen do kazuistik. Pasáže, které autorka hodnotí, jako klíčové jsou zvýrazněny.

Další etapou bylo zpracování těchto dat. Tematická analýza je metoda, kterou jsme k rozboru našeho případu zvolili. Je vůbec nejstarší metodou obsahové analýzy. Hlavní předností této metody je, že témata (obsahy) libovolného druhu jsou tříděny do poměrně malého počtu kategorií. K analýze byly využity, také data a výstupy získané metodou časové osy a životní křivky. Časová osa a křivka života slouží, jako náčrt sledu událostí v průběhu života respondentů (Miovský, 2006). Závěrečnou etapou byla analýza těchto

získaných a zpracovaných kvalitativních dat.

K vyhodnocení dotazníku kvality života – WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1996), autorka využila program Microsoft Excel 2010. V aplikaci Excel byly vytvořeny sloupce, které začínaly otázkou č. 1 a pokračovaly až po otázku č. 26. Otázky byly dále vyhodnoceny podle specifických požadavků autorů dotazníku. Pro každou doménu bylo nutné vypočítat hrubé skóre. Jedná se o doménu 1 Fyzické zdraví (otázky č. – 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), doménu 2 Prožívání (otázky č. 5, 6, 7, 11, 19, 26), doménu 3 Sociální vztahy (otázky č. – 20, 21, 22), a doménu Prostředí (otázky č. – 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). A dvě samostatné položky, které hodnotí celkovou kvalitu života – Q1 Kvalita života (otázka č. 1) a Q2 Spokojenost se zdravím (otázka č. 2).

Dotazník závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (Nešpor, 2011) a test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu – AUDIT byly rovněž vyhodnoceny podle již předem stanoveného postupu autorů. Výsledky doplňujících metod jsou společně s komentářem autorky zařazeny do příloh práce.

#### **4.5 Metodologické limity výzkumu**

Zvolená výzkumná metoda má své pozitivní i negativní stránky, ze kterých plynou limity týkající se úplnosti zodpovězených výzkumných otázek a jejich výpovědní hodnoty poznatků. Jedná se případně o jejich generalizaci, validitu a reliabilitu. Proto je zde nutné uvést hlavní metodologické limity této studie.

Patří zde především malý výzkumný soubor, který není reprezentativní a nelze tak zobecnit na celou populaci. A především je zde riziko odstoupení od studie, a tím je možný zánik celé práce.

K dalším možným rizikům studie řadíme zkreslení či neúplnost získaných údajů, který, může podněcovat aktuální fyzický a psychický stav respondentů. Rovněž osobní charakter zvoleného tématu nemusí být pro respondenty příhodný.

Jak již bylo uvedeno, autorka zná respondenty osobně, což může být také jedním z limitů této práce. Bylo tedy potřeba ihned v úvodu sběru dat stanovit hranice, které výzkumník a respondenti v průběhu celého výzkumného šetření dodržovali.

## 5 Časový a technický plán

K realizaci výzkumu sloužil následující rámcový harmonogram:

Měsíc/termín	Činnost
<b>Září – Prosinec 2015</b>	Tvorba designu, studium a shromáždění relevantních dokumentů a publikací.
<b>Prosinec 2015 – Duben 2016</b>	Analýza teoretických zdrojů. Příprava podkladů pro terénní šetření, zvážení etických aspektů – příprava výzkumných nástrojů pro sběr dat, struktura a plán rozhovorů.
<b>Září 2015 – Duben 2017</b>	Konzultace s vedoucím diplomové práce.
<b>Září 2015</b>	Komunikace s respondenty. Zajištění svolení s výzkumem písemnou formou. Dojednání harmonogramu spolupráce.
<b>Říjen 2015 – Říjen 2016</b>	Zahájení realizace sběru dat v terénu. Až do dosažení teoretické saturace.
<b>Září 2016 – Únor 2017</b>	Sepsání teoretické části práce.
<b>Prosinec 2016 – Duben 2017</b>	Analýza, vyhodnocení a zpracování sebraných dat a následné sepsání empirické části práce.
<b>Duben 2017</b>	Finální úpravy – korektura, tisk, vazba.
<b>Červen 2017</b>	Předložení výsledků výzkumu studie a obhajoba práce.

**Personální zajištění:** autor a vedoucím diplomové práce.

**Finanční náklady:** doprava; tisk a vazba podkladů – maximum 5 tis. Kč.

## 6 Etika

Během realizace výzkumné práce, byl kladen důraz na dodržování následujících etických principů, které mají chránit všechny účastníky výzkumu. Mezi hlavní etické normy patří:

- Informace pro účastníky výzkumu (viz. Příloha č. 1 a 2).
- Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu – ústní i písemná forma (viz. Příloha č. 3 – 5).
- Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu (anonymní zpracování dat).
- Ochrana před újmou či poškozením účastníků výzkumu (Miovský, 2006).

**Informovaný souhlas** – před zahájením rozhovoru byl respondentům předložen informovaný souhlas v písemné formě, který obsahuje informace o povaze a účelu výzkumu, poučení o jeho cílech, metodách, výhodách, nevýhodách a případných rizicích výzkumu, možnost odstoupení z výzkumu. V informovaném souhlasu bylo dále uvedeno, že účast na realizaci výzkumu je dobrovolná a účastník výzkumu může z výzkumu kdykoliv odstoupit.

**Ochrana soukromí a osobních údajů** – hlavním cílem je zachování mlčenlivosti, která je rovněž stanovená zákonem a důvěrnost informací, které by mohly vést k identifikaci respondentů (jak v procesu sběru a analýzy dat, tak při případné prezentaci jeho výsledků). Veškerá data byla, proto zpracována anonymně a sloužila pouze účelům této výzkumné studie (Miovský, 2006). Proto byla změněna jména respondentů i osob, o kterých se v práci zmiňujeme. Konkrétní místa, kde se jejich život odehrával či odehrává, nejsou v práci uvedeny vůbec.

**Ochrana před újmou či poškozením účastníků výzkumu** – vymezuje, že během výzkumné činnosti nesmí dojít k jakékoli újmě hmotné, duševní či jiné (Miovský, 2006). Účastníci výzkumu a to především oba respondenti nebyli vystaveni mimořádným stresovým situacím, manipulací ani osobnímu riziku. Důraz byl kladen především na aktuální fyzický a psychický stav respondentů. Neboť při realizaci výzkumu se účastníci v důsledku tak osobního tématu nemusí cítit při některých dotazech komfortně a mohou svou účast ve výzkumu tak kdykoliv zrušit.

## 7 Podrobná charakteristika subjektů kasuistiky

Jak již bylo uvedeno, výzkumného šetření se zúčastnili dva respondenti. Jedná se o manželský pár, který pochází z České republiky, ale již zhruba 20 let žije v zahraničí. V podkapitolách budete podrobně seznámeni s jejich životním příběhem.

### 7.1 Kasuistika – EVA

#### A. Základní údaje týkající se respondentky

- Věk: \*1953 – 64 let.
- Vzdělání: Odborné vyučení bez maturity – restaurace a kuchyň.
- Povolání: Starobní důchod, od roku 2015.
- Rodinný stav: vdaná.
- Primární návyková látka: Alkohol (Fernet STOCK) – od 17 let, abususe od 36 let – abstinence 25 let.  
Nikotin – od 17 let doposud (obvykle 15 ks/denně, v období stresu až 40 ks/denně).
- Jiné zkušenosti s návykovými látkami: 1x marihuana v 36 letech.

EVU autorka zná již 25 let, tedy od svého narození. Jedná se o rodinnou známou a letos jí bude 64 let. Pochází z malého města, které se nachází na severní Moravě. Vyrůstala v úplné rodině, a je nejmladší ze 4 sourozenců. Měla dva bratry (jeden je již po smrti) a jednu sestru. Rodiče respondentky se během jejího dětství pravidelně slovně či dokonce fyzicky napadali. Navíc oba aktivně užívali alkoholické nápoje, především matka respondentky měla k alkoholu velice blízko.

Když ukončila základní školu, rozhodla se ke studiu na střední odborné škole. Jako obor si zvolila – restauraci a kuchyň. Dosažený stupeň vzdělání je odborné vyučení bez maturity. Ihned po studiích si našla práci v místní restauraci.

Život si „užívala plnými douškami“, především ve společnosti své rodiny, kamarádů a známých. V 17 letech jí zemřel otec, který měl kardiovaskulární obtíže. A ve 22 letech ji zemřela také matka na onemocnění žaludku.

Již od svých 17 let, pravidelně konzumovala alkoholické nápoje. Ve 30 letech alkohol začala užívat ještě aktivněji, primárně se dá hovořit o škodlivém užívání (F10.1). Od 35 let se však alkohol stal nezbytnou součástí jejího života. Večírky ve společnosti vyměnila za samotu a láhev alkoholu – Syndrom závislosti na alkoholu (F10.2). Ve 39 letech došlo ke zlomu, a respondentka vyhledala odbornou pomoc. Byla hospitalizována v léčebném zařízení, kde se také poznala se svým manželem ADAMEM. Abstinenci dodržuje již 24 let, recidivu měla pouze v prvním roce léčby – 5 krát.

V roce 2009 ji byla diagnostikována Afektivní porucha (F31.7). Vzhledem k výše

zmíněné diagnóze lze hovořit o psychiatrické komorbiditě. Pravidelně dochází k psychiatrovi a užívá příslušnou medikaci. Nyní je již respondentka ve starobním důchodu.

## **B. Informace ze zdravotnické dokumentace**

Eva má veškerou dokumentaci uloženou u své zahraniční psychiatricky. Bohužel v době kdy autorka výzkumná data sbírala, lékařku nebylo možné zastihnout. A poštou tyto dokumenty Eva zasílat nechtěla. Ale v rozhovoru uvedla všechny potřebné informace týkající se jejího zdravotního stavu – psychického i fyzického.

## **C. Období dětství a dospívání**

*„Své dětství nehodnotím jako harmonické, velmi těžké bych naopak řekla. S ohledem na ten alkoholismus matky. Vlastně díky ní jsem přišla do styku s alkoholem již v 9 letech, to už matka pila hodně... Když se vyjádřím pěkně, tak to manželství mých rodičů bylo tzv. italské. Což pro děti bylo strašně těžké. Rodiče pili velice často společně a potom otec matku zbil, a to pro mě byla katastrofa... Já jsem byla nejmenší, a netuším, jak to brali mí sourozenci... Mezi sebou jsme o tom nikdy nemluvili. Ale pro mě to bylo příšerné, ten věkový rozdíl, dělal hodně... Ti nejstarší sourozenci měli déle klid, když mě bylo 9 let, tak jim už bylo 15, 16 let. Taky neměli to dětství úplně lehké, ale ti naši byli předtím ještě „normálnější“.*

*Často v mé přítomnosti probíhali mezi rodiči ty „bitvy“... Nepamatuji si, že by u toho byla třeba má sestra nebo bratři... Ale já jsem byla takový malý „závislák“ na své matce a otec zase jako by preferoval mě. Takže jsem často byla doma, kdežto ostatní sourozenci se zdržovali u prarodičů. A tam to bylo v rovině. Ale já jsem se držela víc u těch rodičů, takže o to těžší to potom pro mě bylo. Např. když otec bil matku, a já už jsem křičela na dědu ze schodů: „Rychle sem přijď nebo otec matku zabije...“. To byly strašné stavy...*

*Mě rodiče nikdy nebili, ale ostatní sourozenci, ti si teda užili... Jako tam ta výchova byla přísná, ale ještě pořád to bylo správné, protože to bylo hlavně zaměřené na školu, aby měli dobré výsledky, aby byli včas doma. To ještě v té době zvládali. Pak už to ti starší sourozenci jednoduše dodržovali. Mě to přišlo, že v době, kdy já jsem začala růst, když už jsem to všechno pořádně vnímala kolem sebe, tak oni už na tu výchovu neměli takovou sílu. Už na to neměli, ty podmínky už takové nebyli. I přesto jsem se snažila „kopírovat“ své sourozence nebo kamarádky. Nikdy jsem ve škole nepropadla, což je zajímavé... Podmínky jsem neměla ideální, měla jsem je špatné, ale přesto nějaký příklad v té rodině byl. Když byli rodiče v práci, tak se o nás starali prarodiče. Ale ihned když přišli tak já jsem šla za nimi. Možná, protože jsem je chtěla hlídat, aby se jim něco nestalo, nebo já nevím... Chtěla jsem být s nimi. Měla jsem hroznou potřebu chránit ty rodiče, před sebou samými...*



*Vůbec na své rodiče nevzpomínám ve zlém, byly tam i pěkné chvílky. Vždycky jsme měli třeba nádherné Vánoce. Avšak díky těm různým excesům, jsem si někdy nevážila toho, co můj otec uměl, nevěřila jsem tomu, že je to v pořádku, že je to správné. Řekla bych, že jako by neměl moji důvěru. Na jedné straně, se otec pyšnil svými dětmi a snažil se nebýt zlý, ale asi na to nestačil. Otec byl hodně přísný, ale byl také nemocný. Pracoval na nočních směnách a snažil se, aby ty děti měly všechno – byly zajištěné. Ale potom tady byla ta druhá strana, kdy to všechno dobré bylo smazáno. My jsme vlastně nechtěli nic, my jsme chtěli mít v tom životě trochu normality. A to jsme měly především tehdy, když byli rodiče v práci. To pití alkoholu, u mé matky vzniklo tak, že rodiče společně chodili do hospody, protože u nás nebyla jiná zábava, nebylo tam kino ani divadlo... Rodiče měli takové „partičky“, měli různé rodinné známé, se kterými se scházeli a popíjeli...*

***Matka měla v rodině, také otce, který pil... ona to také nezvládala, já si myslím, že na tom byla podobně jako já, že se jí po tom alkoholu ulevilo, že byla veselá. Nebo jí k tomu přivedly ty potíže v tom manželství. Matka byla velice hezká, hlavně když byla mladá a nepila. Ta hezká ženská to má u jiných lidí vždycky lehčí. Já si myslím, že ty bitvy nebo tak, to bylo hodně i o žárlivosti, prostě všechno souviselo se vším. I když člověk přesně neví, proč to vzniklo...***

*V 17 letech mi zemřel otec, tehdy jsem měla pocit, že to bude klidnější, že už tam nebude takový stres, ten křik a to všechno... Jenže v té době matka už tak strašlivě pila, že vlastně celá ta zodpovědnost za ni zůstala na mě. Ti sourozenci se k ní absolutně nehlásili, nebo o ni nestáli – „dali ruce od toho všeho pryč“ a zbylo to celé na mě. Hledat ji, postarat se o ni, finančně ji zajistit... Když už pila masivně tak odešla z práce, kde byla 25 let. Potom šla na operaci a vlastně dostala pak i částečný, invalidní důchod, protože ji vzali velký kus žaludku. K tomu důchodu si matka, ale ještě pár hodin přivydělávala, jako uklízečka. Postupem času si tu flašku brala i do práce, takže já jsem chodila uklízet ráno s ní, třeba i před školou. Vždycky jsem se nějak sama podvědomě vzbudila a běžela jsem za ní do práce, a našla jsem ji v umývárně s flaškou v ruce... Ta představa, že by ji zase našli jiní zaměstnanci, ta pro mě byla strašná. Takže jsem celou tu práci udělala za ni a pak jsem ji odvedla domů. Ale do školy člověk jít stejně musel... A když jsem přišla ze školy tak třeba matka nebyla doma... **Ale když vystřízlivěla tak to byla pořád má matka, a tak to funguje teď i s tím Adamem. Že člověk, jako když on potom vystřízliví tak už funguje sám. Vždycky jsem tu matku i jeho chránila před ostatními.***

*Matka zemřela, když mi bylo 22 let, měla rakovinu žaludku a ta se jí několikrát vrátila, ale většinou se to dalo ještě nějak do roviny. Vozila jsem ji do nemocnice... **Ale o tom to je, o té péči. Každý jiný alkoholik, jako je Adam, by už byl dávno po smrti, kdyby se o něj nikdo nepostaral.** A to stejné bylo u té matky, člověk jí chystal jídlo, vozil jí k lékaři, staral jsem se o to, aby jí bylo dobře... Ale myslím si, že to byli starosti, které neměli náležet dítěti.“*

## D. Období aktivního užívání

*„S popíjením alkoholu jsem začínala v době, kdy byli rodiče po smrti... Už tam byly nějaké náznaky alkoholismu, pomalu to nějak vznikalo. V té době jsem měla jednu kamarádku, jmenovala se Petra, a to není o tom, že bych to na ni sváděla. Ale my jsme obě byly stejné nátury – ona si uměla pořádně vypít, já taky a navíc se mi udělalo vždycky dobře...*

*Pak tady byly také jiné kamarádky, se kterými jsem se vídala, ty které nepily. Jenže ty se vdaly, založily rodiny, měly jiné starosti... I když jsem vždycky měla kolem sebe kluky, tak to bylo jiné. Nechtěla jsem se vázat. Proto jsem se vídala s Petrou, a to bylo hodně intenzivní, to mě bylo takových 23 let. To už je člověk dospělý. Petra byla hezká, byla to blondýna. A já jsem byla hezká taky, černovlasá... Když jsme spolu někam přišly tak to bylo „haló“! Často jsme společně chodily ven, bylo to už hodně i o tom popíjení, ale pořád tak nějak na úrovni. A o mužích samozřejmě, a taky o sexu. Člověk mohl mít kohokoliv. A to byla ta chvíle, kdy tam někdo chyběl, kdo by řekl: „Hej, hej, kde jsi byla na noc?“ nebo „Kam jedete s tou Petrou?“*

*Já si myslím, že jsem byla hloupá, Petra to měla v krvi takové to „bohémství“... To přátelství, bylo velké, bylo to také o tom, že jsme si mohly všechno říct. Spolu jsme „vymetly“ snad všechny noční bary, hodně jsme žily. Bylo tam dost sexu, dost alkoholu, ale člověk to pořád ještě zvládal. Možná, že jsme se i chtěly usadit... Když jsme byly spolu tak, bylo prostě veselo, každý slušný člověk byl pro nás nudný. Každá jsme měly svoje auto, měly jsme dost peněz. Ten člověk, který by byl pro život, tak ten pro nás byl nudný. A ti, kteří si chtěli užít, tak jako my dvě tak tam bylo veseleji.*

*Společně jsme pracovaly v jedné restauraci, a tam jsme popíjely, nebylo to každý den. Ze začátku to bylo tak jednou měsíčně, kdy nám potom bylo ještě 3 dny špatně... Ale později, třeba po flašce Fernetu jsme byly pořád ještě střízlivé, tak jsme si daly ještě... Pak se ozvali kamarádi a pilo se, a bavili jsme se až do rána. S těmi kamarády, se kterými jsme pili, jsme nikdy nic neměli, žádný sex, nic, byli to jen kamarádi.*

*Ten život, který tady vyprávím, ale nebyl chvályhodný, dnes s odstupem se na to dívám, tak že to bylo něco, co asi nebylo zrovna v pořádku. A myslím si, že to vedlo – ten volný život i v těch vztazích, i ten vztah k tomu alkoholu, že tam začínala trošku taková patologie. Když jsem byla na intru, tak tam byl jeden hodný kluk, ale já jsem byla taková potvora. Já jsem o něj prostě nestála... Když jsem ale zjistila, že mu rodiče koupili auto, tak se ve mně něco zlomilo, i on měl kolem sebe hodně hezkých holek. A bylo to, jako na houpačce, když on chtěl být se mnou tak já nechtěla a naopak. Bylo to i hodně smutné... A i když se brzo oženil, tak pořád chtěl být se mnou, ale o to já už jsem vůbec neměla zájem. Já si myslím, že on mohl být příčinou, že jsem už ve 20 letech neměla stálého chlapa...*

*Ještě dřív než jsem se k tomu popíjení s tou Petrou dostala... to vlastně nebylo ani tak popíjení, ale byly to flámy – ten život byl, jeden velký flám. Ta kariéra v tom pití, trvá*

*dlouho. Vždycky jsem si říkala, že: „Mě se to stát nemůže. Že to pořád držím ve svých rukou. A, že vím, kdy mám dost, pořád vím, že ráno musím vstávat a fungovat.“ V té době tam toho bylo dost, myslím si, že i to okolí mě dost zneužívalo. Jak jsem pracovala v té restauraci, přece jen jsem měla trošku víc peněz než ostatní. A to jsem si tehdy také uvědomovala, že pro ostatní dělám víc než, co jsou oni schopni udělat pro mě. Oni nejsou schopni mi to oplatit, kdybych něco na oplátku potřebovala já... To jsem si vlastně uvědomovala dřív než ten chlast. A podle mě je to, celkem důležitá věc, umět si říct o tolik a dostat tolik od těch lidí, co do toho vkládám já. A tohle jsem v minulosti nikdy neměla v rovnováze. A ani teď to nemám, dál tak žiju. Možná že jsem úplně mimo, že nejsem schopná to z toho Adama vymámit, nebo se s ním rozejít, když on si 80 % bere a mě zbývá těch 20 %. Žiju tak, i když mě to štve. Člověk si to uvědomí i po té léčbě a potom všem, a i když to ví, i přesto tak žije dál...”*

## **E. Léčebné období**

*„Rodina si toho mého pití všimla, až tehdy, kdy jsem na tom byla fakt špatně – „když jsem ležela s „hubou dole“. Člověk sice z toho chlastu uměl couvnout, ale já si myslím, že to udělalo hlavně to stěhování do jiného města, do nového bytu. Když mě tam stěhovali tak jsem měla pocit, že jdu do vyhnanství. Já jsem byla tak hodně vázaná na to své rodné město, na to místo a na tu svoji rodinu. To bylo pro mě hodně těžké a pomáhala jsem si tím alkoholem ještě víc. A to už jsem věděla, že je zle a zle a zle... A vlastně do 1 roku, jsem byla na první léčbě.*

*Sama jsem se o abstinenci taky pokoušela, ale vydržela jsem to nejdéle 3 měsíce, a řekla jsem si: „Co blbneš, vždyť tobě nic není.“ Ale zajímavé bylo, že třeba už to okolí vědělo, že není něco v pořádku, protože mě už nikdo do toho pití nenutil. V té době jsem věděla, že už je zle, to mi bylo zhruba těch 35 let. Ve 35 letech jsem věděla, že mám těžký problém s alkoholem. A už jsem se začínala stranit lidem a popíjela jsem sama... V těch 36, 37 letech to bylo špatné. Na léčbu jsem odešla sama. Bylo po revoluci, s Petrou už jsem, moc nevycházely. Ona věděla, že mám tento problém. Ona do toho nespadla, a já si myslím, že jsem byla pro ni to, co pro mě byl Adam roky – varování a dost. A to ji možná hodilo zpátky, ale já už jsem neměla sílu, nevěděla jsem jak dál. Já jsem zůstala doma, a řekla jsem si, že si najdu novou práci, slíbila jsem, že se vrátím do té restaurace, ale to už se nestalo...*

*Prodala jsem byt a šla jsem za sestrou, ta mě k sobě „tahala“. Už na mě dávala pozor, protože věděla, že je zle. A potom, když jsem jednou pila, tak jsem sedla do auta a odjela jsem do jiného města, do hotelu. Protože u ní se pít nedalo. Koupila jsem si plnou tašku flašek alkoholu. I když jsem nepracovala tak jsem měla ještě hodně peněz z prodeje toho bytu. A když jsem věděla, že už jsem hodně daleko s tím chlastem, tak jsem sedla za volant. Vypila jsem 4 flašky, protože to už člověk pil až do strážlivosti... I když byl člověk*

*mimo, tak už ti ten alkohol neuměl vytvořit tu „lepší náladu“. Zajela jsem tedy do lesa, kde jsem vypila další flašku... Nevím, jak jsem se z toho lesu dostala... Sestra mě hledala i s policií, 2 dny mě potom dávala dohromady – čaj, polévky, a já nevím co ještě... A ona se mě zeptala: „Co teď budeme dělat?“ Tak jsem jí řekla, ať jde za praktickou lékařkou a ta ať mi napíše zprávu do léčebny. Ta doktorka jí řekla, že takhle to nejde, protože mě v životě neviděla opilou... A řekla jí, ať přijdu sama. Ale sestra na to, že neumím chodit... A tak jsem jela autem do léčebny, a tam mi lékař řekl, ať chodím ambulantně, když už vím, že piju. Ale já na to řekla ne, že chci zavřít. Proto jsem odjela do psychiatrické nemocnice.*

*Během první léčby jsem v té psychiatrické nemocnici vydržela 2 dny. A když jsem byla na druhé léčbě, tak pro mě přijel šéf z restaurace, že to tam beze mě nejde. Nejdřív volal panu primáři... A nakonec jsem teda jela s ním. Já byla hlavní provozní, ale když jsme do té restaurace přijeli tak jsem se dozvěděla, že už tu moji funkci předal jinému kolegovi, protože na mě prý už nebyl spoleh... Takže on mě táhnul z léčebny, kvůli tomu aby mi řekl, že mi vzal funkci.*

*A když jsem pracovala většinou jen v restauracích, tak tam mě to k tomu alkoholu netáhlo. Člověk během práce nemohl pít, protože by mu někdo mohl ukrást peníze nebo cokoli jiného... Ale je tam to riziko, že ti lidé co v těch restauracích nebo hospodách pracují, tak pijí po práci – mají taky dost peněz. V každé jiné práci, člověk jde odpočívat domů, ale tam to člověk třeba hned propije... **Já v práci nikdy příliš nepila, já popíjela spíš až doma, sama...***

*Po tom excesu s tím šéfem mi pan primář řekl, že mu musím každý večer volat. A proto, jsem pak za ním začala, jezdit na ty sezení. A jednou jsem se tak bavili, o tom co se mi v té práci stalo – že mě ten vedoucí zbavil té funkce, to už jsem tam dávno nepracovala. A on mi řekl, proč jsem mu to tehdy do toho telefonu neřekla, že by pro mě okamžitě přijel, že to byla šílená situace. A je pravda, že když jsem ten večer přišla domů, tak jsem měla ve skříni flašku, ale já ji nevypila. Ale to byl hrozný den... Pan primář se hrozně rozčiloval, že to je „hajzl“ a to bylo skoro půl roku nazpátek. Ptal se, co se ve mně odehrávalo, a já mu řekla: „Že se mi chtělo brečet, a cítila jsem stud.“ Adam byl v psychiatrické nemocnici, a já váhala, jestli tam taky nemám jet zpátky. Ale myslím si, že jsem udělala správnou věc, že jsem to ustála sama.“*

## **F. Období relapsu, recidivy, abstinence...**

*„O abstinenci jsem se nejdříve pokoušela sama. I 3 měsíce jsem nepila, pak jsem si sama sobě řekla, co blbnu a „buch“, zase jsem se rozpila. **V tom prvním roce bylo těch 5 recidiv. Jednou jsem začala, protože začal Adam. Tak to bylo vlastně pokaždé... on začal, přišel o práci a já začala třeba s ním...** Já věděla, že je toho na mě už moc, že nestačím zvládat sama sebe. A on pil, kdy chtěl a čím dál tím víc a častěji. Všech těch 5 recidiv se motalo kolem toho... 2 krát mě do psychiatrické nemocnice odvezla rodina, ale*

*potom později už to šlo jen přes telefon s panem primářem. Tomu jsem řekla, že zase piju, a po 3 dnech jsme s Adamem sedli do auta a jelo se do psychiatrické nemocnice. A primář se radoval, málem až tancoval. Ale stejně ta úplně první léčba, pro mě byla základ, protože jsem konečně přestávala pít.*

*Někdo mi tehdy řekl, že ty recidivy jsou kvůli Adamovi. Jenže nikdy nejde, kvůli nikomu sám sobě utnout ruku. A pak se to ve mně najednou nějak zlomilo. Když on se „napere“, já s tím mám starosti a potíže, a já si sama sobě ještě víc ublížím, protože pak mi nadávají v psychiatrické nemocnici i doma, že to nefunguje... A pak se to najednou po té 5. recidivě zlomilo, já jsem volala panu primáři: „Já už zase piju.“ A on na to: „Jak dlouho?“ Většinou to bylo po 3 dnech. A on na to: „Kdy přijedete, Evo? Nástup za 3 dny!“ A on byl rád, když jsem to slovo dodržela a přijela jsem. A po té 3. recidivě mi řekl, že to asi ještě ve mně „není hotové“, tak mi nabídl individuální terapii. A já jsem za ním jezdila těch 150 km, 1 krát týdně, 1,5 roku. Na těch psychoterapiích, jsme spolu pořád probírali to mé dětství, Adama, ty jiných chlapy, kamarády a vlastně všechno možné. Učil mě různé techniky, jak pracovat s podvědomím a to mi hodně pomáhalo. Naučil mě spoustu věcí, jak s tím svým problémem zacházet. Zkoušel různé techniky, zjišťoval co se s námi děje, jakou máme náladu a hledali jsme různé odpovědi.*

*Jednou nám vyprávěl, že jsme ve válce na moři, a okolo nás jsou Japonci. A přiletí jeden vrtulník, který nás má zachránit, ale je tam jen 8 míst. Ale vás je tady 10, a rozdělil nám různé role. Každý kdo půjde k tomu vrtulníku a chce se dostat do bezpečí, ať se postaví. Ale já jsem tam pořád jen seděla a dívala jsem se kolem sebe, a Adam taky seděl, protože jsem seděla i já. A ten pan primář se na mě podíval a říkal: „To je úplně typická Eva. Proč si, jako první neutíkala k tomu vrtulníku.“ A já mu říkám: „Že tam byli jiní, třeba matky, těhotné a tak.“ A on na to: „Ale to byly ony, ona byla matka, ona byla těhotná, ale váš život, je váš život.“ Tam bylo jasně ukázáno to, že já se cítím být až ta druhá, že ostatní mají přednost. Takže to byly nádherné hodiny s ním. Ale bylo tam více terapeutů a lidí, kteří mi pomohli.*

*Musela jsem si psát také deník. A když jsem si ho třeba zpětně přečetla, když jsem měla chuť se napít tak jsem si to napsala do toho deníku. A potom jsem tam psala, proč se chci napít atd. A tak dlouho jsem to rozebírala, až jsem přišla na to, že je to kvůli tomu, že mě někdo štve. Jenže já tím ublížím zase jenom sobě. A když jsem to dávala primáři k podpisu, tak mi tam napsal přes celou stránku velkou I\*. On jako říkal, aby se mu někdo vypsal z chutí na alkohol, takže to ještě nezažil. Třeba ten deník nebyl vůbec špatný, teď už si ho sice nevedu. Ale předtím, když mě něco štválo, tak jsem zalistrovala zpět a tam jsem našla, že už mě to třeba štválo v minulosti. Takže ten deník mi opravdu pomáhal. Já jsem bojovala všemi různými způsoby, třeba i tím co mi ukázali ostatní. Někdy to byly vyložené samomluvy, kdy jsem si to rozmlouvala. Takže ono to nebylo vůbec lehké... Po tom 1,5 roce jsem jednou primáři řekla, že už mi to stačí. To bylo právě v té době, kdy jsem sestře*

**hlásila, že jsem konečně dospěla! Že v sobě tu osobu trošku víc ovládám.**

Chodila jsem také do skupin AA, s těmi lidmi se do dneška znám. A tam se hodně ukazovala ta moje dominance, a oni ze mě byli úplně hotoví... Ale hlásí se do dneška k nám, jsou fajn. To mi taky hodně pomáhalo, scházet se s těmi lidmi 1 krát týdně. Ted' bych ráda jezdila i na výlety, které pořádají, jenže Adam tehdy nechtěl a ted' taky ne... A přitom, by to mohlo být to jediné, co by mu pomohlo.

Ted' k tomu zahánění těch chutí umím použít i rozum, ale kdysi dávno, když jsem se třeba rozčílila, tak jsem měla úplně na patře chuť na ten alkohol. Ty první týdny a měsíce, jsem měla doma Antabus. **Když jsem přijela po té léčbě domů, ten alkohol jsem v tom bytě úplně dýchala... Protože Adam se třeba doma opil a utekl mi, a já jela domů, protože jsem nevěděla, kde ho hledat. Byla jsem unavená, rozčilená a měla jsem z těch výparů, plnou pusu chlastu. Tak jsem si dala 2 tabletky Antabusu... A dodnes si pamatuju, jak jsem si říkala, to by tak hrálo, že mi ten „idiot“ uteče a já se napiju? To v žádném případě nesmím dovolit, protože mě ten alkohol zničí...**

**Ze začátku mě také strašně děsilo, to že někdo v mojí společnosti pije, když mi někdo něco nabízel tak jsem úplně uskakovala. Ale dneska prostě jen řeknu, že nepiju. A ted' už vlastně nosím tu flašku Adamovi, protože se o něj bojím, že by někde mohl zůstat ležet. Sobě bych si ji, ale koupit už nechtěla, na to už se mám ráda. Chtěla bych umřít, jako čistý člověk, bez toho chlastu, to bych moc chtěla. Neláká mě to, neláká!**

I přestože abstinuji takovou dobu, tak mám pořád chuť na Ajer konjak – na vaječný likér, ale šílenou. Já to nemůžu vidět nikde, já mám pořád představu, že mi to nic neudělá. Ale ještě jsem si ho nikdy nekoupila. Kdybych si ho koupila, tak bych se znovu mohla rozpít... Nejtěžší je to pro mě asi na Vánoce... Vidiš okolo sebe ty připravené vánoční stromky... A ty si u toho štedrovečerního stolu dáš džus... Tam patří trošku té vůně toho dobrého alkoholu, ale není, tak není! Ale až na letošní Vánoce, protože vždycky ty Vánoce byly takové, že Adam někde pil, že nebyl doma...

**Ale jinak, nějak nemám na ten alkohol chuť. Já mám jedno velké štěstí, velmi často vidím Adama „na šrot“ a co to pak s ním dělá, a jak má zničené ty ruce, nohu a to všechno. Tam vidíš, co ten alkohol dokáže. A to je pro mě odstrašující případ. A potom navíc, jsem to zažila jako dítě. Matka mě nakopla jít a dělat s tím nějaký pořádek. Oni jsou dvě spojené nádoby, jedna už tu není, aby mě strašila a proto přišel někdo další. Představa, že zůstanu někde ležet na zemi, před domem... „Komu by zavolali asi, kdy by mě tak někde našli ležet?“ To je zajímavá otázka, protože není nikdo, kdo by byl schopný se o mě postarat. Takže to jsou dva případy, dva lidé, kteří do mého života vyloženě patří. Matku i Adama ten alkohol pohltil. Myslím si, že to už bych opravdu musela být absolutní ignorant, abych začala zase pít!“**

## G. Duální diagnóza jménem Deprese

*„Zdravotní komplikace fyzického rázu nemám, ale mám psychické problémy. **Mám deprese, ale dneska si je už léčím. Poprvé se ty deprese, ty těžké stavy u mě projevíli už v dětství. A taky proto jsem ty stavy zaháněla alkoholem – at’ mám klid.***

*Ten strach... velice často si vzpomínám na to, jak se mi sevřel žaludek. A vlastně jsem byla i hodně nemocná... velice často mě bolel žaludek. Bylo to také zvláštní, takové nejisté. Třeba v těch 20 letech jsem nechtěla žít jako mí ostatní vrstevníci, já chtěla cestovat, jezdit k moři, letět letadlem... Potřebovala jsem alespoň jednou týdně někam vyrazit s Petrou, nebo jít někam na diskotéku. Starší sestra taky hodně chodila na diskotéky, ale chodila na ně s přítelem... Já jsem byla někdo jiný, představa, že jdu na akci s nějakým klukem, to pro mě bylo nepříjemné, dodnes nevím proč. Ale mohlo to být tím, že jsem chtěla být volná, sama jsem se mohla rozhodnout, s kým se ten večer budu bavit, s kým ho strávím.*

*Na jedné straně jsem byla hezká holka, ale na druhé straně ta rodinná situace, to stigma... Znak té matky, která pije atd. atd. atd. Tak ten mě vlastně diskriminoval, hodně jsem si to brala. Člověk aniž by něco udělal, tak byl vlastně poznamenaný. Na tom maloměstě, se takové věci nenosí, možná že teď je to jiné. Už se o tom v novinách hodně píše, mluví se o tom v televizi, jsou různé pořady, jak o alkoholismu, tak o depresích. V každém případě tehdy to tak nebylo...*

*Kvůli depresím chodím dál k psychiatrovi, užívám různé léky – sedativa, hypnotika od roku 2009 užívám také antidepresiva. Ta psychiatricka, která mi je předepsala, mi řekla, že má strach mi je vysadit, protože by se to znovu mohlo všechno vrátit. Hlavně ty nepříjemné stavy... Díky těm depresím mi tady lékaři vyřídili invalidní důchod, jezdím i do lázní. **Jeden problém jsem řešila druhým, až z toho vznikl obří balvan – deprese i alkohol mě semlely...**“*

## 7.2 Kasuistika – ADAM

### A. Základní údaje týkající se respondenta

- Věk: \*1961 – 56 let.
- Vzdělání: Úplné střední všeobecné s maturitou, nedokončené vysokoškolské vzdělání – 6 semestrů medicíny.
- Povolání: Invalidní důchod.
- Rodinný stav: ženatý.
- Primární návyková látka: Alkohol (Destiláty) – od 16 let, abusos od 20 let  
– doposud.  
Nikotin od 18 let doposud (od 5 – 10 cigaret).
- Jiné zkušenosti s návykovými látkami: 1x marihuana.

Jelikož je ADAM manželem respondentky, také jej autorka zná od svého dětství. Má 56 let a pochází z vesnice, která se nachází na jižní Moravě. Vyrůstal v úplné rodině, má jednu sestru, o 4 roky starší. Matka se v minulosti léčila s depresemi, jinak se v rodině nevyskytují žádné psychiatrické heredity. ADAM od dětství trpí balbuties (frustní tonicko-klonická forma).

Když ukončil základní školu, nastoupil na víceleté gymnázium. Po úspěšně absolvované maturitě, byl přijat na studia Všeobecného lékařství. Tyto studia pro abusos alkoholu nikdy nedokončil. Již od 18 let aktivně holdoval alkoholu. Abusus alkoholu přibližně od 20 let, postupně se rozvíjející v „tahové pití“. Kdy denně zvládne asi 1 litr destilátu, pije 2 – 3 dny. Ve 23 letech se oženil, manželství bohužel nebylo harmonické a vydrželo pouze 4 roky. Rozpadlo se především kvůli jeho alkoholismu. Z prvního manželství vzešla jedna společná dcera, které je nyní 29 let.

Konzumace alkoholu byla již pravidelná a pod nátlakem rodiny, vyhledal odbornou pomoc. Léčba bohužel nebyla úspěšná avšak ani poslední. Respondent má za sebou již řadu léčebných pokusů ve státních či soukromých zařízeních. V České republice pobýval ve 4 různých psychiatrických nemocnicích a dva léčebné pobyty absolvoval také v zahraničí.

Aktuálně abstínuje a v období 7 měsíců měl dvě recidivy. Se svou druhou manželkou EVOU se poznal v léčebném zařízení, docházeli společně na skupinovou psychoterapii.

### B. Informace ze zdravotnické dokumentace

Dokumentace, kterou Adam autorce poskytl, je výstupní zpráva z roku 2011, kterou mu sepsal pan primář. Nacházejí se v ní především údaje, týkající se jeho zdravotního stavu – jeho závislosti na alkoholu.



<p style="text-align: center;"><b>VÝSTUPNÍ ZPRÁVA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>z roku 2011 (53 dnů), 16. hospitalizace</b></p>
<p>Důvod přijetí: <b>Léčebný.</b></p> <p>Přijetí: <b>Plánované.</b></p>
<p>Doporučení k přijetí s dg.: <b>Závislost na alkoholu.</b></p>
<p>Diagnóza při přijetí: <b>Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – Psychotická porucha reziduální.</b></p>
<p>Základní onemocnění, pro které byl pacient hospitalizován na tomto oddělení:</p> <p><b>F10.7 – Chronická závislost na alkoholu s degradací osobnosti, somatické konsekvence.</b></p>
<p>Hlavní nemoc (porucha zdraví), která nejvíc ohrožuje zdraví nebo život pacienta:</p> <p><b>F10.7 – Chronická závislost na alkoholu s degradací osobnosti, somatické konsekvence.</b></p>
<p>Další choroby, event. důležité údaje:</p> <p><b>Hypertenze.</b></p> <p><b>Incip. mozková a mozečková atrofie s lehkým organickým psychosyndromem na bázi chronického alkoholismu. Distální senzomotorický polyneuropatický sy DKK při chron. abusu alkoholu.</b></p> <p><b>Pancreatopatie v an., Gastropatie v an. Znamky distální polyneuropatie DKK. Alergie na pyly v anam. Stp. opakovaných úrazech hlavy vs. v ebrietě v anam.</b></p>
<p><b>RES – lékař:</b></p> <p>Opakovaná hospitalizace v našem zařízení, na doporučení praktického lékaře, OL, pro chron. závislost na alkoholu s degradací osobnosti a somatické konsekvence.</p>
<p><b>NO dle pacienta:</b></p> <p>Nadále problémy s pitím, konflikty v matrimoniu, problémy v dopravní zdatnosti a opakované pobyty na PZS. Naposledy pil před 9 dny. Nyní v sociálním debaklu, vydrží několik dní nepít, potom 2 – 3 denní tahy, vypije denně asi 1 litr destilátu. Poruchy spánku, pomáhá mu Mirzaten. Nezaměstnaný, nyní v evidenci ÚP. Jeho ošetřující lékař jej odesílá k hospitalizaci a provedení vyšetření potřebných k vyřízení důchodu. Měl časté úrazy hlavy, časté pobyty na záchytné stanici. Finančně ruinuje rodinu, hlavně manželku, má před rozvodovým řízením. Chce získat vlastní příjem (mzdu, nebo důchod). Čeká, že bude vyšetřen psychologem, psychiatrem a neurologem. Uvádí zhoršené soustředění, pasivitu, má závratě, jsou chvilkové, musí se soustředit, zda dobře došlápnul, pocit, jakoby zejména LDK chodil po blátě, parestézie levého ramene a paže, problémy s řečí, zakoktává se, mívá nárazovité bolesti hlavy, zhoršená paměť.</p>

<p><b>SPP:</b></p> <p>Lucidní, orientován všemi směry správně, dle anamnézy těžce degradovaný alkoholik – opakované a ve výsledku neúspěšné protialkoholní léčby v ČR i v zahraničí. Při přijetí nálada velmi skleslá, odklonitelná, nikdy neměl suicidální tendence, ani nyní. Tč. nihil psychoticum. Osobnost významně degradovaná chronickým abusem alkoholu. Paměť a intelekt: snížená výbavnost slov a myšlenek, krátkodobá paměť nenarušena.</p>
<p><b>Konsiliární vyšetření neurologem – CT mozku:</b></p> <p>Vyšetření pro podezření na alk. Encefalopatii, event. cerebellopatii.</p> <p>Ré.: Incip. Mozková a mozečková atrofie s lehkým organickým psychosyndromem na bázi chronického alkoholismu. Distální senzomotorický polyneuropatický sy DKK při chron. abusu.</p>
<p><b>Psychologické vyšetření:</b></p> <p>Celkové IQ v pásmu vyššího průměru. Dle Wechslerovy škály bez známek poruchy paměti. Dle Bentonova vizuálního testu: bez zn. kognitivního deficitu. Z Wais-R testu patrné, že vlivem chronického abusu alkoholu došlo ke snížení intelektu, hlavně v názorové složce. Během provádění testů patrná zvýšená unavitelnost, zhoršená koncentrace, snadná rozptýlitelnost. Snížená výbavnost slov, myšlenek. Zhoršená vizuálně-motorická koordinace a percepční organizace. Krátkodobá paměť není narušena. Od dětství pac. trpí balbuties, v minulosti pokus o logopedickou korekci s část. zlepšením.</p>
<p><b>Průběh:</b></p> <p>Těžce degradovaný alkoholik v režimové rezidenční léčbě. Náhled má – měl by delší dobu abstinovat, což nyní dokáže pouze v chráněném rezidenčním prostředí. Plánovaná na cca 3. měs., odbornou lůžkovou adiktologickou léčbu. Tiskopis k žádosti o ID jsme vyplnili. Na oddělení bylo provedeno neurologické a psychologické vyšetření na organicitu.</p>

## C. Období dětství a dospívání

K tomuto období Adam neměl potřebu se vyjadřovat. Dětství měl spokojené, vyrůstal s rodiči a sestrou. Základní školu absolvoval bez výchovných a studijních problémů.

## D. Období aktivního užívání

*„Alkohol jsem začal pít asi v 18 letech. A vedl mě k tomu nudný život. Dostal jsem se na medicínu... Ale to jsem ještě na tom alkoholu nebyl závislý.*

*To pít se zvrtilo v prvním manželství, těsně před narozením mé jediné dcery. To manželství nesedělo, tam se nám do života pletli rodiče, hlavně ze strany ex-manželky. Nebyl jsem tam spokojený, byl jsem pod obrovským tlakem, nemohl jsem si vlastně dělat,*

*co jsem chtěl, dělal jsem vše téměř na slovo. Bylo to na malém městě, rodiče ex-manželky byli učitelé, otec dokonce ředitel na základní škole, jako můj tchán. Byli to dost vážené osoby, takže jsem si toho „lajznout“ ani moc celkem nemohl. A čím dál tím víc jsem utíkal do ústraní a do samoty, byl jsem rád, že jsem většinou sám.*

*Ten tlak toho okolí, mě vlastně nutil „šlapat“ v nějakých těch normálních mezích a mě se to nelíbilo. No a tak jsem hledal únik v tom alkoholu. Nebyly to žádné hospody, už od začátku to bylo tak, že jsem pil sám... Já jsem to nepil pro radost, ale pro úlevu... Takže jsem k tomu prostě nikoho nepotřeboval.“*

## **E. Léčebné období**

*„To pití se později zvtlo tak, že jsem se dostal poprvé do léčebny. Ale už po 14 dnech jsem chtěl jít jinam, hlavně co nejdál od domova... Protože ta léčebna byla 13 km od mého rodného města, a to pro mě bylo moc blízko. No a tak jsem se dostal, nějakou čirou náhodou do psychiatrické nemocnice, kde jsem potom jezdil po každé recidivě. A to bylo docela často...*

*První léčbu jsem si sám nevyhledal, to jsem si ještě pořád myslel, že závislý nejsem, jako že to ještě zvládnou ovládat sám. Ale na nátlak, musím to nazvat nátlak... Na nátlak okolí, hlavně manželky a rodičů od manželky. Naši, moji rodiče se do toho nějak nemíchali. Takže vlastně na nátlak tchýně a tchána, manželky a na nátlak kamarádů, kteří si mysleli, že jsou moji kamarádi, ale vlastně nebyli... Protože to už jsem byl opravdu sám... Ale to jsem si uvědomil až o hodně let později, že jsem jenom já a ten chlast... Proto jsem na tu léčbu tehdy šel, bylo to kvůli nátlaku ze všech stran, nakonec i ze zaměstnání.*

*V léčebně jsem se seznámil s jednou paní psychologkou ze Slovenska. To ona mi doporučila, abych šel někam jinam. Abych šel pryč z toho kraje, kde jsem vlastně začal pít, a kde jsem byl hodně nespokojený. A proto jsem si našel, psychiatrickou nemocnici, která se nachází daleko od mého rodného domova. Bylo to také proto, že mí rodiče se za mě od začátku styděli... Co jsem se dostal k tomu pití a na první léčbu... Lidi z práce a různí kamarádi ti to brali úplně normálně. Kdežto naši se za to strašně styděli, že to potkalo jejich děcko. Vím, že to musí být těžké i pro ně, ale tím mi hrozně ublížili...*

*V té době už jsem věděl, že mám vážný problém, jen jsem si to pořád nějak neuměl přiznat. Já jsem si to vlastně přiznal, ale nemohl jsem se s tím nějak vyrovnat... Smíření přišlo, až já nevím, po 3. nebo 4. léčbě v psychiatrické nemocnici.*

*Později jsem tam vlastně jezdil, jako někam na odpočinek, jako na prázdniny. Tam se vlastně jednalo hlavně o takovou pasivní léčbu, kdy jsem si od toho alkoholu hlavně jel odpočinout. Našel jsem tam prostředí, ve kterém jsem si, byli všichni rovni. Protože jsme byli všichni závislí, a to pro mě byla obrovská úleva. I když se nad tebe někdo povyšoval, že je na tom třeba líp, třeba s rodinou, penězi nebo tak... Ale ten problém byl pro všechny stejný! Takže to byla obrovská úleva. Navíc jsem si tam velice zamiloval to okolí. Měl jsem*

*poprvé v životě jistotu, že se mám kam vrátit, když mi bude nejhůř. Tohle bylo pro mě celkem rozhodující.*

*Ten život se mi dočista změnil, přestal jsem lpět na financích. Naučil jsem se tam celkem skromně žít. A získal jsem tam postupem času úplně nový, ale hlavně svůj náhled na život, který byl odlišný od toho standardu. Myslím si, že to postupem času potkávaš i dál. Co mám tu zkušenost tak téměř všechny závislé lidi to v životě potkává.*

*V tom zahraničí jsem byl také v jedné soukromé léčebně. To byl takový luxus – jídlo a všechno. Byly tam jen samé přednášky, ale žádné individuální terapie. To byl takový zvláštní must, který mi vůbec nevyhovoval. Ta druhá zahraniční léčebna, ta už byla něco na způsob naší komunity. Tam jsme si sami připravovali jídlo nebo různé jiné aktivity. To bylo zase, co se týče po stránce luxusu, daleko skromnější zařízení. A myslím si, že mi dalo víc než to předchozí zařízení. I přesto, že v té zemi žiju téměř 20 let, tak tady jsem pořád vlastně jen cizinec. A nikdy jsem nedokázal vyjádřit ty své pocity v tom jiném jazyce. I když jejich jazyk umím, poměrně obstojně. Ale neumím vyjádřit ten problém tak od srdce. Tak jak to umíš jen v tom mateřském jazyce.*

*Nejvíce si myslím, že v té pozdější době mi dala ta léčba v Čechách. Tam jsem měl úplně volný pohyb, žádný režim, kde jsem každodenně navštěvoval skupinu AA, která tam vznikala. Tam jsem se tenkrát cítil strašně moc dobře. Psychiatrická nemocnice, kde jsem poznal Evu ta už potom, pro mě přestala být aktuální, protože jsem už vlastně žil v tom zahraničí. A do té psychiatrické nemocnice, už bych jel já nevím snad po 20. nebo po 30., to už vlastně ani nepočítám... Vzali mě tam vždycky, když bylo třeba. Ale tenkrát tam ještě neplatili takové pravidla jako dnes a já jsem tam většinou jel jen na vystřízlivění, protože jsem se bál zůstat doma. A většinou, jsem tam tak ty 3 týdny až měsíc zůstal, proto je těch pobytů tolik. Protože normální léčba je 3 až 6 měsíců, ty komunity jsou delší 1 až 1,5.*

*Poslední léčba byla na Moravě, to bylo v roce 2009. No a z té léčby jsem odešel na chráněné bydlení. Tam mě vlastně přeřadili, protože jsem už o tom alkoholu věděl tolik. Byli celkem rádi, protože jsem toho věděl víc než ti terapeuti. To musím teda říct, a ani mně se to nezamlouvalo. Tak jsem odešel na to chráněné bydlení, tam jsem měl recidivu a pak jsem teda odejel zpátky sem do ciziny...“*

## **F. Období abstinence, relapsu, recidivy...**

*„Nejdéle jsem ve svém životě abstinovat 2,5 roku, ale to už bylo tady v zahraničí. A to jsem byl úplně čistý. No a teď jsem od podzimu, co máme nového psa. Recidivu jsem měl za tu dobu 2 krát. Po týdnu, vždycky ten týden jsem pil... Zle se z toho pití dostávám, při tom prvním napití jsem musel dokonce do nemocnice, protože jsem se nemohl postavit na nohy a měl jsem halucinace. V nemocnici dávali hlavně pozor na to, abych nedostal Delirium tremens. Antabus na mě nefunguje, dokážu jej přepít... A hlavně už je to celkem přežitá věc, je nemoderní, už se to ani moc nepropaguje. Spíš tady jsou ty*

*náhrazky toho alkoholu, ale nic takového neužívám.*

*Když nepiju tak ten týden po napití je mi ještě strašně zle. Takže se moc ještě ani nehýbu, hodně spím. Ale pak ten čas... je to od té doby, co nepracuju, co mám invalidní důchod. Je mi jedno, jestli je pátek nebo svátek. Ten den je stereotyp, proto se snažím... ten pes mě z toho celkem dostává. A ještě mě baví na internetu mapy.*

*Rád bych se ještě někam podíval, ale vím, že už to nebude žádná sláva. Protože na to nebudu mít prostředky a možná že ani chuť, protože mám sešroubovanou ruku, sešroubovanou nohu, jsem téměř bez zubů, takže si napřed musím dát dohromady tyhle věci, abych se mohl ještě někam podívat.“*

### **7.3 Společná léčba, vztah, manželství a život v zahraničí**

*„Evo, půjdeme spolu ven. A budeme si pomáhat, jak se z toho dostat!“*

*Adam!*

#### **A. VYPRÁVĚNÍ EVY**

*„Během prvního měsíce v léčebně, jsem potkala Adama. On byl na jiném oddělení, kam jsem já chodila na skupiny, ale nějak jsem ho jako muže vůbec nevnímala. On mi napsal dopis. Já jsem už byla doma, na první dovolence. V tom dopisu mi psal, že co kdybychom z té léčebny odešli společně, že se s ním jeho první manželka dává rozvést, že nechce, aby se domů vracel. Takže je teď sám, a že když já jsem také sama tak můžeme být spolu – navzájem si můžeme pomáhat dostat se z toho ven. A já jsem v té léčebně zjišťovala, kdo mi to napsal, kdo to je? Kdo mi to píše? Tak jsem spolu, párkrát mluvili. V léčebně to nezakazovali, ale nedoporučovali to. Protože, těžko se dá někomu zakázat vztah. Tam bylo těch párů víc, třeba náš kamarád Petr. Ten se rozvedl se svou manželkou ne-alkoholičkou, protože ta měla tendence ho vychovávat, a vzal si taky holku, co byla na léčení. Ale poznal ji až v AA a taky jim to klapě, oba společně abstinují.*

*Takže jsme se poznali v té psychiatrické nemocnici, tak že mi Adam napsal ten dopis. Já jsem se do něj v té léčbě nezamílovala. Byl to Adamův nápad, spolu odejít, spolu začít žít. Dokončili jsme léčbu, našli jsme si byt ve městě a bylo to. S panem primářem jsem to určitě během nějaké individuální terapie řešila. A on se mě zeptal: „Co vy si o tom myslím?“ A to vím, že jsem mu řekla: „Ono je nějaké těžké, jít a najít si nějakého ne-alkoholika, protože ten člověk neví, o čem je řeč, co vlastně zažil ten alkoholik. Takže, když se bavíš s jiným alkoholikem, tak ten ví o čem je řeč.“ A on na to: „A co když se napije?“ A já na to: „No tak mu pomůžu, a tak mu vlastně pomáhám celý život.“ Ale i tehdy jsem tomu dávala takové přirovnání – my máme každý jednu nohu hliněnou, každý stojíme na jedné noze v tom životě, než jsem přišla na to, jestli to vůbec půjde. Takže když se společně držíme tak máme dvě nohy zdravé.*

*Já vím, že pan primář, byl ten, který mi to nikdy moc nerozmlouval, bral, že to tam*

*prostě je. Jednou, ale to už bylo po létech, kdy tam Adam zase byl. A on se mě ptal: „Kdy už to s ním chcete skončit? Chcete vy vůbec někdy žít normální život? Jde vám jen o ten sex, copak nemáte na jiné chlapy? Vy jste ještě pořád hezká ženská.“ Tak jsem se tak na něj podívala, a řekla jsem mu: „Já si myslím, že z mé strany sex s Adamem není zrovna to, co by mě v tom vztahu drželo.“ A on se tak nadechnul, taky se na mě podíval a řekl: „Tak já jsem si myslel, že Vás to s ním drží jen kvůli sexu, a vy říkáte, že tím to není...“*

*Adam byl v té době často na léčbě, nejčastěji v psychiatrické nemocnici, kde jsem se, poznali. Nebyli jsme ještě svoji, v tom prvním roce, kdy byly ty moje recidivy, tak jsme byli jen jako partneři. Mně to vyhovovalo, nenapadlo mě, že bychom něco, museli změnit. Ale pak přišel Adam s tím, že je to takový „špinavý vztah“. V tomhle, je Adam docela staromódní, víc než já. A tak jsem si, sami domluvili svatbu. Sestra mi slíbila, že jako svatební dar mi udělá hostinu, ale když jsme tam ráno přijeli tak nebylo nic hotovo. A musela jsem si ji zařídit sama, a tohle jsem jí vlastně do dneška neodpustila. A byla jsem naštvaná sama na sebe, že mě zase někdo tak vypekl. To od ní nebylo hezké, protože pro mě to bylo důležité. Nemyslím si, že to bylo něco proti Adamovi, protože ho měli raději než mně. Tak to prostě bylo. I když jsem mu to přála, já měla pořád pocit, že ho musím ochraňovat, protože je slabší a že mu přeju, když ho někdo má rád, a když s ním někdo dobře zachází. Takže tam to nebylo o tom: „Neber si Adama.“ To bylo v tom, že jako Eva si to může dovolit, ona to nějak zvládne...*

*24 let abstinuji. Na léčbu jsme chodili zvlášť, jednou dokonce Adam odjel do té psychiatrické nemocnice sám, ale já jsem tam potom přijela taky. Vždycky když jsem se v tom vztahu napila, tak jsem si říkala, že se o mě třeba postará, než se dám dohromady, ale to on ne, on se vždycky přidal a rozpil se taky. Nikdy jsme v té době nepili spolu u stolu, protože on chtěl ode, mě vypadnout. Takže já jsem pila sama a on taky. A když jsem přestala pít, tak jsem jela do lékárny pro nějaké Magnésia, ať se z těch „sraček“ dostaneme. On přestal pít taky, protože já jsem byla ta, co zajišťovala ten přísun alkoholu. Já jsem celý život pila celkem ty lepší značky, jako je Fernet, Finská vodka... Ale nikdy ne nějaké patoky. I jako alkoholička, jsem si držela nějakou úroveň. Vypila jsem zhruba 1 litr, ne aby mě to uspokojilo, ale uspalo...*

*Když on třeba pil, a já jsem věděla, že nejde do práce, a že z něčeho musíme zaplatit bydlení, a žít z něčeho, že on se nepostará, on to nechal na mě. A to byl takový další životní kopanec. Kdy už jsem přestala pít, tak já jsem si vždycky hledala taková pracovní místa, kde víc vydělám, to byl i důvod proč jsem se odstěhovala do ciziny. Pro mě bylo časem těžké být i v tom mém rodném městě. Takže nebylo tak těžké nakonec odejít. Chtěla jsem se vyhnout i těm lidem. Tak to bylo i s tou léčbou, nikdy jsem nešla do léčebny, kterou mám blízko, protože jsem nechtěla, ať mě vidí ti lidi... A ať já je taky nevidím.*

*Těžké to začalo být, opět až v době kdy Adam začal pít v tom mém rodném městě a*

*zase jsem měla to znamení. Bylo to kvůli práci, kvůli penězům a prostě kvůli všemu. Člověk vydělal spoustu peněz, ale bohužel „na hovno“, protože Adam to všechno propil a utratil. Ale pořád to byl lepší život vedle něho. Adama je hrozně nervózní, ale já doufám, že ho to zase někdy přejde. Ale bylo to o tom, že člověk nebyl sám. Já nevím, určitě jsou lidé, kteří umí žít sami, ale já to neumím, pro mě by to nebylo. Tady mi nepřepadají takové ty životní těžkosti. Víc se mně všechno týkalo v Čechách, i to léčení... Kdežto tady mám ten život sama pro sebe.*

*I když je Adam, takový jaký je, tak to není jen tím chlastem. Ale je to i tím, jaké my máme vztahy, postarat se o všechno, zajistit všechno, takhle je to i u něj doma. Tam je také ta matka, která vydělává, která se vždycky o všechno postará. A jeho otec si v klidu dělal, to co ho bavilo, a přece jen, když ho s něčím ta manželka otravovala tak byl hrozně nerad. Takže Adam má ten vzor doma, a našel si podobnou ženskou, která se o něj a o všechno postará. Když Adam pije tak mi „leze hrozně na nervy“, on mě pořád budí a já mu musím chodit pro flašku. Nebylo to tak vždycky, ale postupně jsme se k tomu dopracovali...*

*Já si myslím, že nejsem spoluzávislá, já mu ani nijak moc neradím, protože každý je individuum a každý má ten prožitek svůj jiný. A to co mi pomáhalo, to on nemusí přijmout. On má to své... Jemu už radil úplně každý a vždycky to dopadlo špatně. Myslím si, že nejsem spoluzávislá. Rozumím tomu tak, že ten zdraví člověk, přejímá tu léčbu toho druhého na sebe. Já fakt nevím, ten termín mi přijde divný. Nevím, o čem to je. Možná, že jsem s Adamem spoluzávislá, ale já mám přece pořád tu svoji závislost. Já poznám na Adamovi, kdy se uchyluje k pití, kdy je už hodně nervózní, hodně křičí, už si hledá důvody.*

*Ted' je to docela dlouhá doba, co se nenapil. Ještě v době než jsme si pořídila druhého psa (první zemřel), tak to bylo týden, co týden kdy pil. Pak se z toho dostával a zase začal znovu. Ted' je to, ale docela dlouho, kdy nepije. Tyhle dlouhé pauzy už měl kdysi, kdy nepil 1 měsíc nebo 3 a víc. A ted' máme psa 7 měsíců, a on se napil zatím jen 2 krát. Jenže člověk nikdy neví, za jakou dobu ted' to pití skončí. Kdysi se s ním dalo mluvit, aby toho po 5 dnech nechal. Ale ted' pije i 14 dní vkuse, a to je potom náročné... Já mu nenadávám, ale on za mnou potom pořád chodí at' mu koupím ten alkohol, a to mě rozčiluje. Potom začnu i víc kouřit, protože mi začne smrdět i ten byt jen tím alkoholem. Třeba když jdu venku, kolem nějakého člověka co pil, tak přesně poznám, jaký druh alkoholu to byl. Hodně jsem na ten ozón háklivá, celý ten byt smrdí, a on za mnou chodí a loudí, že mě tu flašku. A já mu říkám, že mu ji nedonesu a on se ptá: „A Proč ne?“ Takže ted' je to tak 10 dní, co naposledy pil, a prakticky týden se z toho dostával. Kdyby vydržel nepít ty 3 měsíce, tak si tu hlavu trošku vyčistí...*

*Adam kdysi utekl z domu, protože jsem mu sebrala veškerý alkohol a vylila jsem ho. Ze začátku, vydržel docela dlouhou dobu nepít, ale to už je mnoho let nazpátek. Takže on*

teda odešel z domu a pil někde po nádraží, kde na něj narazili policisté a přivezli mi jej. A tady je ten alkohol drahá věc, a tak aby mi neutíkal a neválel se tady po cestách. Ono to tady není zvykem, nejsme v Čechách... Právě tam, jednou když se Adam opil a spadl v hospodě na zem, tak pro něj šel synovec. Odnesl ho na zádech domů a to bylo špatné... Další den pak někde spadl s kolem. A já si říkala, jestli ho tam mám před těmi lidmi zvedat, jestli ho tam nemám nechat... A já jsem o tom jednou mluvila s panem primářem, říkala jsem, že je to takové hrozné. A on mi říkal: „A vy byste ho tam nechala ležet?“ A já říkala: „No nenechala, ale to víte, že se mi lidi co tam stáli, smáli.“ A on na to: „No tak ať se smějí, každý kdo se usmál to má za rok vrácené, to má za rok v rodině. Pamatuji na má slova. V každé, každičké rodině existují body, které nejsou v pořádku. A každý by se měl starat o tu svoji rodinu, pokud s ním chcete žít.“ První je ten můj, ti ostatní ať se klidně smějí, ti tě nemusejí zajímat. Ten můj leží na zemi a já ho vždycky zvednu, kdykoliv. A od té doby mě může každý „prdel políbit“, když Adam někde leží. Přijdu, zvednu jej, klidně si řeknu o pomoc. Ale aby mi tohle nedělal, tak jsem mu přinesla flašku domů.

Když se to stalo poprvé, příští ráno mě posílal pro další... Říkal mi, jak mu není dobře, a že ten alkohol potřebuje... A od té doby se to tak táhne možná už rok. Jednou jsem mu ukázala, že to jde. Akorát je to nebezpečné, protože když pil venku tak ho vždycky okradli a pak ho třeba odvezli domů nebo do nějaké nemocnice nebo léčebny. A když pil venku, tak pil maximálně 5 dní, to bylo jeho velké maximum. Ale od té doby, co jsem mu začala ten alkohol nosit tak pije týden, to je málo tak pije 14 dní a nemá s tím problém. Víím, že je to špatné, málem jsem ho tím vlastně zabila... Takže teď už mu ji zase nenosím. Uvidíme, co bude.

Život s Adamem ten je jakýkoliv, jen ne lehký... Nepovažuji to, ani za harmonické manželství... Ale zároveň je i šťastný. Já bych si jen přála mít ten život, trochu konečně lepší než to dětství. Nezažívat strach a ten stud, ale zavinila jsem si to sama, i když nebylo to vždycky špatné ani to dětství vlastně. Akorát jsem v tom dětství zažívala strach a psychický teror, ten tam byl. A můj dospělý život byl jeden velký, veselý flám – tancování, sex, alkohol. Člověk o tom dneska může říct, že se tak připravil o normální rodinu. No a teď v tom stárí si říkám, „sakra“, žijeme tady v takové turistické oblasti. A člověk tady vidí hodně starých manželů na procházkách, třeba i se psy. A vidíš, jak si společně vykračují a je jim dobře, někam si zajdou. Ale co my dva? My jsme čím dál tím víc, každý jiný... Adam dál pije, a už i v té hlavě to má jinak, já mám jinou představu o tom životě a on taky. Nepotřebuji k životu peníze, protože ty nejlevnější věci dělají ten život krásný. Tady okolo jsou lesy, nemusím nikam cestovat. Mně by stačilo, kdybychom si s tím Adamem zašli třeba na zmrzlinu. Nebo na nějakou vesnickou akci, tady jsou různé festivaly, pořád se tady něco děje. Protože to dělají kvůli těm turistům, co tady jezdí. Ale my dva jsme tady nikde ještě nebyli a to už tady žijeme takovou dobu. Můj



*život se skládá tady z toho bytu a z té zahrady okolo. A ještě hlavně ze psa, ten je pro mě jediný potěšení. A s Adamem bych šla a ráda někam do společnosti, a je mi jedno jestli ho někdo viděl někdy poznamenaného tím chlastem, třeba opilého... To je mi úplně jedno, ale jen tak jít spolu, bavit se a mít z toho života něco víc. Ale kdepak... Už nechci vzpomínat, nebo z toho zase budu mít výčitky... Ale byly jsme v Paříži, v Itálii, v Římě, před tím, ještě v Chorvatsku. To Adama vůbec nepil. Pak jsme byli v Řecku, teď bychom chtěli jet do Hamburku, ale tomu moc nevěřím...*

*Já už toho Adama mám ráda, není to o tom, že bych nechtěla být sama. Já jako když pije, tak mu říkám, že jdu pryč, že se na to nehodlám dívat, ale pak zase vystřízliví, první hodiny je fit a už mě to přechází. Já si myslím, že mám Adama čím dál tím víc ráda, jako člověka. Že s ním mě baví svět, jo!“*

## **B. VYPRÁVĚNÍ ADAMA**

*„S Evou jsem se poznal v psychiatrické nemocnici, během mého druhého pobytu. Mě tenkrát bylo 28 nebo 29 let a Eva má o 8 let víc. V léčebně jsme navázali vztah a celkem nám to tam tolerovali a zatím jsem z těch pacientů, kteří se o to pokusili, taky zůstali jediní. No a musím teda říct, že tak to bylo z obou stran. Myslím si, že napřed to ani nebyla láska, že to bylo takové vzplanutí. Byla to obrovská osobní krize alespoň z mé strany a pud sebezáchovy, abych se nemusel vracet, tam odkud jsem přišel a abych nezůstal sám. Ve dvou se to lépe táhne. A jak říkám, že taková ta nějaká láska, to rozčarování, ty sexuální věci, to přišlo až po určité době, ale ten vztah tam byl od začátku. Myslím si, že nejdůležitější roli tam hrálo nezůstat sám a pud sebezáchovy. To byl boj o holý život.*

*Našlo se hodně lidí, kteří nám ten vztah vymlouvali, hlavně ze strany spolu-pacientů. Dřív jsme také byli hodně závislí na panu primáři. A ten nám to dokonce, ne že schválil, ale doporučil. Říkal, že to bude „hokus pokus“ jeden z mála v republice. A s různými „průsery“ finančními, zdravotními to drží dodnes. Takže svým způsobem měl ten primář pravdu. I když to není, nebylo a asi už ani nebude všechno v azuru. Ale to asi není nikde. No a tak si myslím, že s těmi překážkami, co nám ten alkohol a ten životní styl přinesl. Díky tomu alkoholismu jsme určitě byli, nebo jsem do dneška k sobě tolerantnější, než je to třeba u zdravých lidí. Ta tolerance tam byla od začátku. Ale jak říkám, nejdůležitější bylo nezůstat sám. Jsme spolu dlouho, už od roku 1993 oficiálně, ale začalo tu už o 1 rok dříve tím seznámením v roce 1992. Jednu dobu když jsme bydleli v na Moravě tak jsme společně chodili i na AA. Na AA jsem tam vlastně začal chodit poprvé a chodil jsem tam dost dlouho, i přesto že jsem mýval recidivy...*

*Vlastně Eva se dost v tom životě „nadřela“ a já jsem toho taky dost odpracoval a dneska kromě psa a rozbitého auta nemáme nic. Ale my jsme celkem nikdy ani nic nepotřebovali. My jsme si i tak užili, vyjeli jsme si na výlety – Paříž, Mnichov a ještě*

*bychom se rádi podívali do Hamburku nebo do Berlína, ale to už asi s tím psem nepůjde, takže to už je pryč. Ale to co jsme od života čekali... teda to co já jsem od života čekal... já jsem vlastně nečekal nic. Já jsem celý život zápasil a dál zápasím s chlastem s tou drogou a od toho se odvíjí veškerá moje činnost. Já toho moc už dneska, přesto že mám relativně málo let, toho moc nestíhám. Ale já nemám ani proč, co stíhat. Já jsem řekl, že se tady cítím jako „polotramp“ a mě tady nic nechybí. Tady máme klid!*

*Ale od té doby co máme psa. Tak se můj život úplně obrátil vzhůru nohama. Ten pes, obrátil nejen mě, ale i Evě život. My jsme do toho psa investovali strašně hodně času, síly, peněz, to jsme je tenkrát ještě relativně měli. Od malička byl hodně nemocný, užíval léky (pes, o kterém Adam hovoří, již zemřel, mají už ale nového). Tam byl taky strach, protože nemáme společné děti... takže, proto máme psy. Máme se o koho starat.*

*To naše manželství stojí primárně na toleranci a respektování jeden druhého. Možného respektování, jak říkám každý už máme svůj věk a každý si hledá to své, ale jako v rámci toho pořád fungujeme jako dvojka, jako manželé. Neříkám, že nejsou chvíle, kdy mi Eva říká: „Já bych byla raději, kdybys tady už nebyl. Odstěhuj se nebo jed' pryč ode mě...“ Ale to je pár hodin a potom to zase přejde. Normální lidi nebo zdraví lidi ti si balí kufry, seberou se a víc se nevidí. To je pořád ten hlavní důvod toho vztahu si myslím, nezůstat sám. Nemít strach a nebýt sám. Ještě se můžeme relativně jeden na druhého obrátit. A já třeba... to máme společné oba dva, nemůžeme kolem sebe snést nespravedlnost a ubližování.*

*To, že Eva abstínuje, pro mě už není motivace, mě to nejde, já jsem v takové fázi, že na to nehledím. A u Evy si myslím, že ten alkohol byl záležitost číslo dvě. U ní byli primární ty deprese. Já sám nemám žádnou duální diagnózu, ale mám sklon utíkat od problému, mám sklon, když třeba nemusím tak neodejdu ven z bytu. Ted' mě k tomu nutí ten pes, se kterým chodím na procházky. Ale myslím si, že tady taky ty deprese trochu jsou, ale slabší. Mám větší strach přijít do konfliktu s lidmi, protože pořád cítím, to jak jsou tady ti lidé postižení – cítí vinu války. A já cítím vinu, ne vinu, ale ten alkohol mi brání se nějak víc... Raději jdu od problému pryč, nechci se projevovat, ale chci zůstat v ústraní.*

*Co se týče vlastního dítěte, tak si myslím, že to byla věc ze strany Evy. Já ten problém neznám... Ale já nevím, jestli Eva vůbec může mít děti. Takže to nevím... Nikdy mi to neřekla. Třebaže jsme měli dost častý styk bez kondomu, tak nikdy to dítě nepřišlo. Moje dcera je dospělá a pro ni jsem cizí člověk a Eva taky... I když jsme holku drželi a podporovali na vysoké škole. Finančně jsme jí pomáhali, ale netvrdím, že její otčím a vlastní máma se na tom také nepodíleli.*

*Spoluzávislost? Jak jsem říkal, ten náš vztah je hodně ovlivněný tím, že jsme oba alkoholici. Je to ovlivněno i tím, že v těch letech co máme za sebou, dokážeme k sobě být ještě uctiví, tolerantní, respektujeme jeden druhého. I když v poslední době se mi zdá, že už to přeháníme, že si hodně necháváme využívat od okolí, a od lidí od kterých bych to*

*nikdy nečekal. A že po sobě necháváme hodně „šlapat“. Mám teď taky dost starostí o Evu, protože už má svůj věk. Eva se taky hodně změnila a zdá se mi, že má až moc velké srdce – až moc je „dobráčisko“. Ještě hodně pomáhá, ale já si myslím, že už by přesto ona potřebovala nebo přivítala pomoc od druhých...*

*Celkově to s námi nevypadá moc dobře, ale naštěstí už nic moc nepotřebujeme. Naštěstí po ničem ani už tak moc netoužíme, ani neplánujeme. My už se ani nikam moc nedostaneme, než autem nebo pěšky do těch okolních měst a vesnic. My to auto fakt potřebujeme jen na těch pár míst. Jinak nic nepotřebujeme, dřív třeba ještě před rokem nebo dvěma jsme tím autem jezdili za rodinou na Moravu. Ale teď, buď už máme strach, nebo je to tím, že se nám tam ani tak moc jet nechce. Svým způsobem jsme tady spokojeni, když neřešíme žádné problémy.*

*Ta cizina nikdy nebyla o úniku, ale spíš pracovní příležitost. Já jsem se sice nikdy po penězích moc nehnal, nikdy jsem se jako zlatokop necítil. Jen jsem chtěl poznat to, jak se žije někde jinde. A mě by to bylo celkem jedno, jestli by to bylo v Rusku, Chorvatsku... prostě chtěl jsem vyzkoušet něco jiného než ty Čechy. Tenkrát by mi stačilo žít třeba jen na Slovensku, mě to bylo celkem jedno. Ale že to byl právě tenhle stát, to byla jen shoda okolností. Protože Eva získala občanství.*

*Jelikož je to druhé manželství, tak to můžu porovnat. Je to jiné, samozřejmě je to dané i tou společnou závislostí na tom alkoholu. Bylo nebo je to dané i Evinou osobností, je to dané i jinými faktory. Já jsem v prvním manželství žil vyloženě konzumně, byl jsem těžký „konzumák“. Ale teď, tady se cítím jako někde na chatě, jsem často v lese, jako nějaký, ne úplně tramp ale „polotramp“ se dá říct. Nezáleží mi na tom, jestli mám nové auto nebo staré, jestli je poškrábané od psa, jestli je nalakované nebo tak. Pro mě je nejdůležitější, že v něm nezmoknu a že mě doveze tam, kam chci.*

*Ted' nikam na žádnou léčbu ani poradenství nedocházím, protože je to dané i tou polohou, všechno je to daleko, nejbliž je to asi 30 km. Ta země je jiná, já jsem tady chodil i na AA a to je jak zasedání nějaké vlády, takže to není nic pro mě.*

*Ale to je i tím, že my kromě toho kouření jinak nic nepotřebujeme. Ono už není ani chuť, ani čas ani něco tady... Na co tady budu něco zkrášlovat, zařizovat, ne, ne... Já jsem raději, když můžu vyjít na tu louku nebo do lesa. V lese a venku se cítím svobodně, moc dobře. Z přírody mám respekt, strach, protože proti přírodě nikdo nic nezmůže. To prostředí je nádherné, přestože se táhneme pryč pomalu, zpět na Moravu. Zatím si myslím, že tady ještě 1 nebo 2 roky zůstaneme. Jestli to půjde, jestli se dožijeme tak „potáhneme“ pryč. Já bych chtěl nazpátek domů, přestože je to tam úplně bez lesa. Oba bychom chtěli zemřít na Moravě, takže postupem času se možná vrátíme. Je to náš domov!“*

## 7.4 Kniha Nejbližší – ADAM

Autorka práce by zde ráda uvedla jednu knihu, jejíž název zní NEJBLIŽŠÍ. Její tvůrkyní je Kateřina Janouchová (2005). Tuto knihu Adam autorce zapůjčil, a doporučil ji její přečtení. Uvnitř knihy našla, Adamovy rukou psané poznámky, které Vám zde předkládá:

*12. 10. 2007*

*„Knížka koupená na objednávku. Je o mně, o Evě. Těžko se čte, musel jsem si přečíst konec, abych věděl, jak ji mám vůbec číst! Konce bych se jinak asi nedočkal! Rozumím jí, čtu o tobě!*

*Ta Janouchová píše fakt dobře!*

*Tato kniha dává možnost a prostor nahlédnout do života spoluzávísleho a trpícího člověka, či spoluzávíslych a trpících lidí. Vědomě či nevědomě. Zůstávají stále dvě možnosti. Opustit člověka, protože ho máme rádi, nebo protože ho máme rádi a nechat ho žít, zbavit ho vědomě zodpovědnosti za nás, nebo zůstat s pocitem viny, za to co jsem si od druhého vzal a to docela vědomě v poslední fázi pití. S pocitem strachu, zůstanu-li, ať něco nepokazím nebo ať jsme spokojeni, Já už přece nepiju. Odejít od člověka, který trpěl se mnou a který by si nyní zasloužil žít svobodně podle svého gusta, brání láska zřejmě oboustranná. Možná zvyk, možná strach něco měnit, Já už přece nepiju – on už přece nepije. Abstinence přece neřeší vše! Ale je každopádně asi krásná!!! Bezpečná!!!! Snesitelnější!*

*Knížka mi docela zamotala hlavu; je to výzva!!! Je to terapie!!!! Řekla mi to, co žádný terapeut neumí!!!“*

*Adam!*

## 8 Rozbor případu ADAMA a EVY – práce s metodami

V předchozí kapitole jste se již pomocí doslovně přepsaných rozhovorů s našimi respondenty, ADAMEM i EVOU seznámili. Nicméně až tuto kapitolu a její podkapitoly si dovolíme označit, jako nejdůležitější část celé práce. Jelikož se zde budeme snažit rozebrat a popsat klíčové charakteristiky subjektů kasuistiky nejen v určitém čase.

### 8.1 Slovo autorky, před rozbořem případu

*„S Adamem a Evou jsem prožila, v uplynulém roce několik víkendů, sdílela jsem s nimi jejich domácnost. Měla jsem tedy možnost nahlédnout do jejich manželského soužití, v jejich naprosto přirozeném prostředí. S respondenty jsem strávila přibližně stejný čas, zpravidla ve společných prostorách jejich bytu, nebo s každým zvlášť o samotě. V soukromí také vznikali audionahrávky s rozhovory, jejichž přepsaná verze je uvedena v předchozí kapitole.*

*Rozhovory byly získávány průběžně, podle daných okruhů, jež měly vést ke splnění výzkumného cíle. V úvodu bylo nezbytné zjistit, zda existuje nějaké téma, které respondenti doposud nemají „vnitřně“ či terapeuticky „zpracované“. Abych se případně takovému tématu vyhnula. Především proto, že v tomto případě vystupuji pouze jako člověk, který chce interpretovat jejich životní příběh, a ne jako terapeut. Obavy se naplnili a téma se na scéně objevilo. Bezesporu se o něm zmíním v nějaké následující podkapitole.*

*Avšak i přesto, byli oba velice sdílní a s poskytnutím rozhovoru neměli žádný problém. Jelikož Adam i Eva absolvovali léčebný pobyt v psychiatrické nemocnici, a o svých životech již někdy v minulosti hovořili, mohl také tento fakt k jejich naprosté otevřenosti přispět.*

*Vzhledem k tomu, že se v této práci hovoří převážně o tématech soukromého charakteru. Cítím velkou zodpovědnost rozebrat jejich případ tak, aby nedošlo k žádné újmě na cti. Protože důvěra, kterou do mě vložili je ohromující a já jim za ni DĚKUJI...”*

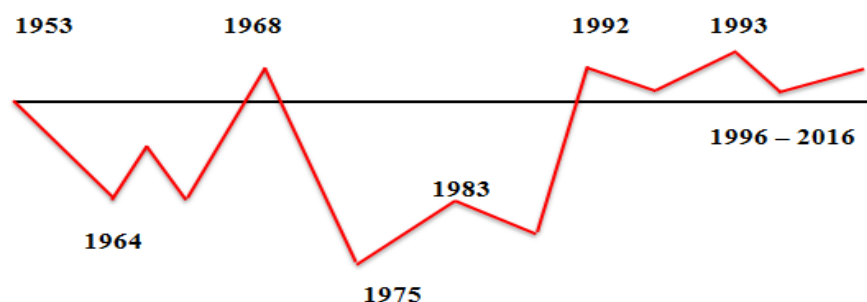
### 8.2 Časová osa a křivka života

Osobitá, projektivní psychologicko-diagnostická metoda. Uplatňuje se především v souvislosti s výzkumným plánem případové studie. Metoda graficky zobrazuje časový úsek respondentova života, ve kterém jsou zaznamenány a případně zvýrazněny klíčové životní období a události.

Mezníky si respondenti volí sami, na základě svého uvážení. Zvýrazňují ty události (kladné, záporné či zcela neutrální, ale stále zapamatovatelné), které nejvíce ovlivnili jejich životní příběh a samotný způsob života. Navzdory své jednoduchosti metoda skýtá neobyčejné možnosti (Miovský, 2006).

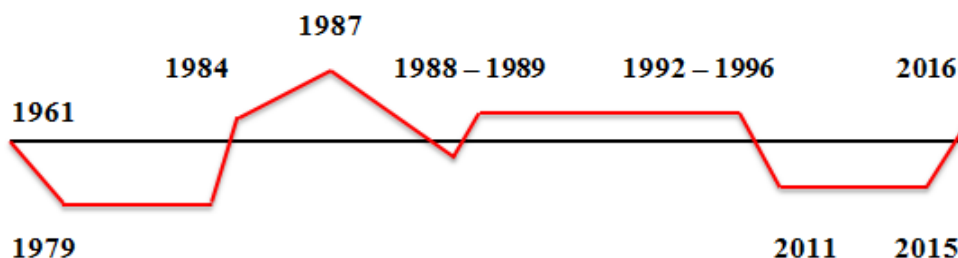
- **1953** – NAROZENÍ (nyní 64 let).
- **1964** – konec období DĚTSTVÍ + ALKOHOLISMUS rodičů (do 11 let).
- **1968** – život na INTERNÁTU + 1. LÁSKA (od 15 let).
- **1975** – smrt MATKY (22 let).
- **1983** – ALKOHOLISMUS (30 let).
- **1992** – 1. LÉČBA + seznámení s ADAMEM (39 let).
- **1993** – MANŽELSTVÍ s ADAMEM (40 let).
- **1996 - 2016** – společný život v ZAHRANIČÍ (od 43 let).

**EVA**



- **1961** – NAROZENÍ (nyní 56 let).
- **1979** – MATURITNÍ ZKOUŠKA a PŘEJETÍ NA VŠ (18 let).
- **1984** – 1. SVATBA (23 let).
- **1987** – narození jediné DCERY (26 let).
- **1988** – ROZVOD (27 let).
- **1989** – 1. LÉČBA (28 let).
- **1992** – LÉČBA + seznámení s EVOU (31 let).
- **1993** – 2. SVATBA, MANŽELSTVÍ s EVOU (32 let).
- **1996 - 2016** – společný život v ZAHRANIČÍ (od 35 let).
- **2011** – PROMOCE dcery, které se nemohl zúčastnit (50 let).
- **2015** – SVATBA dcery, které se nemohl zúčastnit (54 let).

**ADAM**



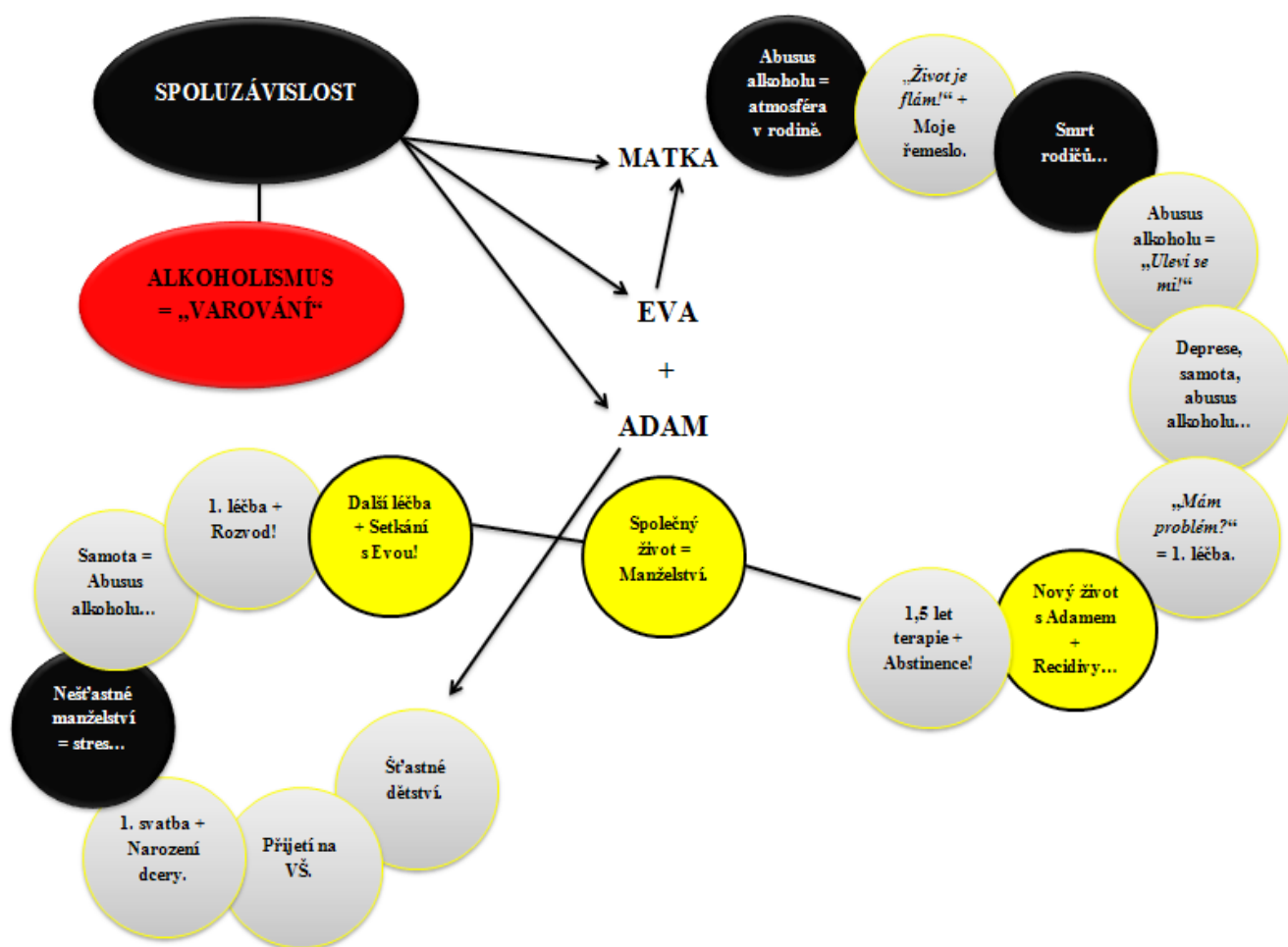
### 8.3 Životní události v datech

Před tvorbou samotné práce jsme zvolili okruhy, na které jsme se při sběru dat zaměřili. V následující tabulce jsou uvedeny momenty, které ADAM a EVA považují za zásadní. Tyto údaje respondenti uvedli již ve své časové ose a křivce života.

Rok	Životní událost	Věk
1953	<i>Narození Evy.</i>	aktuální 64 let
1961	<i>Narození Adama.</i>	aktuální 56 let
1964	<i>Konec období dětství + alkoholismus rodičů.</i>	11 let
1968	<i>Život na internátu + 1. láska.</i>	od 15 let
1975	<i>Smrt matky.</i>	22 let
1979	<i>Maturitní zkouška + přijetí na VŠ – Všeobecné lékařství.</i>	18 let
1983	<i>Alkoholismus.</i>	30 let
1984	<i>1. svatba.</i>	23 let
1987	<i>Narození jediné dcery.</i>	26 let
1988	<i>Rozvod.</i>	27 let
1989	<i>1. léčba.</i>	28 let
1992	<i>Léčba (1. léčba Evy) + seznámení Adama a Evy.</i>	39 let (Eva) 31 let (Adam)
1993	<i>Uzavření manželství Adama s Evou.</i>	40 let (Eva) 32 let (Adam)
1996 – 2016	<i>Společný život v zahraničí.</i>	od 43 let (Eva) od 35 let (Adam)
2011	<i>Promoce Adamovy dcery, které se nezúčastnili.</i>	58 let (Eva) 50 let (Adam)
2015	<i>Svatba Adamovy dcery, které se nezúčastnili.</i>	62 let (Eva) 54 et (Adam)
<b>Vysvětlivky – barevné rozlišení:</b> Eva Adam Společné události		

**Zdroj:** Autor.

## a. Schéma životních událostí



Zdroj: Autor.

## b. Tematická analýza

V případě Adama a Evy se vyskytují tato stěžejní témata (ohniska), jež budou v následujících podkapitolách analyzovány:

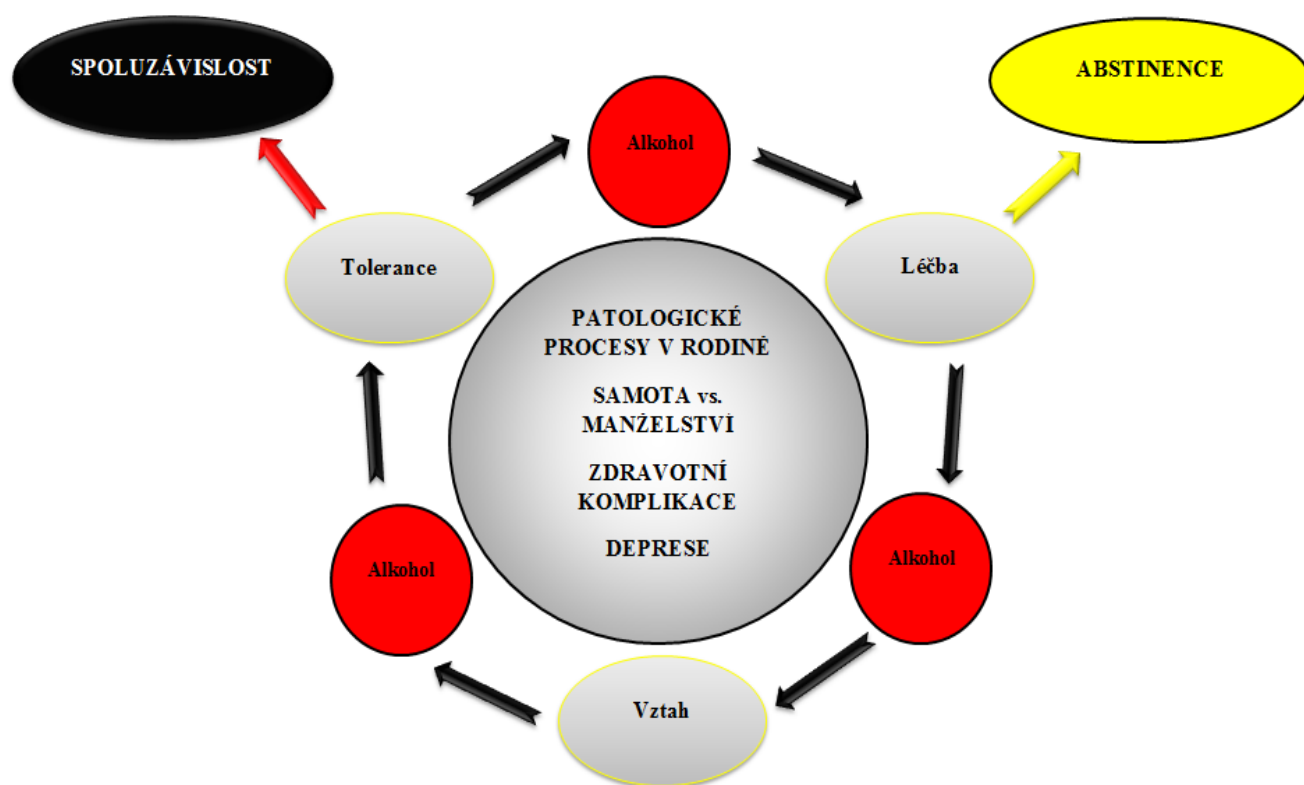
- **Patologické procesy v rodině** (abusus u Eviných rodičů, 1. manželství Adama, vztah s dcerou).
- **Touha po samotě** (minulost) vs. **strach ze samoty** (přítomnost).
- **Abusus alkoholu**.
- **Duální diagnóza Evy - Afektivní porucha (F31.7)**.
- **Somatické obtíže a Adamův zdravotní stav obecně**.
- **Osudové setkání v léčbě**.
- **Společná skupinová terapie - role primáře?**



- **Manželství - výhra** (nebýt v životě sám, tolerance) **vs. prohra** (náročný, partnerský vztah dvou závislých osob).
- **Spoluzávislost**.

### c. Modelové schéma případu

Pro lepší přehlednost předkládáme grafické schéma, které se týká Adamových i Eviných „zážitků“ či pocitů a z toho vyplývající chování:



**Zdroj:** Autor.

#### **Komentář autora:**

V grafickém schématu jsou uvnitř „bludného kruhu“ vyobrazeny situace, kolem kterých se točí život Adama a Evy – „zdroje závislosti“. Pravidelné zneužívání alkoholu oba přivedlo až k léčbě. Abstinence nebo pokračování v abusu jsou dva různé směry, kterými se respondenti mohli vydat. Každý si zvolil jinou cestu, nicméně alkohol se podílel také na vzniku jejich partnerského vztahu. V jejich společném soužití se vyskytuje tolerance, která vede ke spoluzávislosti, tedy k „umožnění“ další konzumace zmíněné návykové látky.

V současnosti není úplně zřetelná cesta, která by mohla respondenty z „bludného kruhu“ vyvést, nicméně bezesporu existuje.

## A. Rodinné faktory vzniku závislosti – období dětství a dospívání

Existuje řada teorií a odborných úhlů pohledu, pomocí kterých lze na vznik a rozvoj závislosti nahlížet. Zda má rodina a vztahy v ní vliv na to, že jejich člen, začne užívat návykovou látku a stane se na ni navíc závislý, je otázkou do jisté míry značně složitou.

Dětství, která respondenti během rozhovorů popsali, se od sebe výrazně liší. Adam společně se svou sestrou prožil „klasické“ dětství v úplně rodině. Nezmínil se o žádném negativním zážitku či situaci, která by jej v dalším životě, nějakým způsobem ovlivnila. Dle svých vlastních slov byl šťastné dítě.

Sestra i rodiče Adama stále žijí, jsou v pravidelném telefonickém kontaktu, nicméně kvůli životu v zahraničí se vidají pouze minimálně.

Eva rovněž dětství prožila v úplné rodině. Měla kolem sebe velkou rodinu, byla obklopená třemi staršími sourozenci, rodiči a také prarodiči. Ale jak sama uvedla, nehodnotí své dětství, jako harmonické. S ohledem na patrný, abusu alkoholu u jejího otce i matky je to pochopitelné. Využijeme-li kategorizaci podle Hajného (In Kalina et al. 2003), rodina Evy se nachází v „rodinném modelu“, ve kterém je jeden či více závislých členů. Naneštěstí se jedná o rizikový faktor, který může vést ke vzniku i rozvoji závislosti u dítěte. *„Ukazuje se, že míra narušení dítěte, je úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, rodinné rituály a společně trávený čas“* (Hajný in Kalina et al., 2015). Manželství jejich rodičů bylo komplikované, vyskytovaly se v něm prvky domácího násilí. Svou roli tam jistě sehrála také chorobná žárlivost otec mířená na její matku. Eva manželství svých rodičů kulantně pojmenovala, bylo to tzv. „italské manželství“.

Vzhledem k tomu, že byla nejmladším potomkem, měla velkou potřebu být se svými rodiči, především tedy s matkou: *„Byla jsem takový malý „závislák“ na své matce...“* (Eva). Toužila být v jejich přítomnosti, chtěla s nimi trávit všechnu volný čas. Její dychtivost mohla pramenit z očekávatelných důvodů – zdravé dítě má obvykle potřebu afiliace, chce být v blízkosti rodičů. Nicméně Eva cítila také potřebu „dohlížet“ na své rodiče a „sledovat“ zda mezi nimi nedochází k hádkám či fyzickým atakám. Tyhle situace pro ni, jako pro dítě byly náročné, stresující i plné strachem.

Již v tomto období mohlo být „zasazeno pomyslné semínko“, které se postupně rozrostlo do nepříjemných depresivních stavů a závislosti na alkoholu. Smrt rodičů nastala v době její rané dospělosti. Její sourozenci si žili již svými vlastními životy. Eva zůstala sama...

## B. Význam alkoholu v životě ADAMA a EVY – období aktivního užívání

Diagnóza – Syndrom závislosti na alkoholu (F10.2), jež byla respondentům v minulosti stanovena má své opodstatnění. Adam i Eva jsou osoby závislé na alkoholu, oba se s tímto označením již ztotožnili a smířili. I přesto, že se aktuálně nachází každý v jiném

stádiu. Eva od alkoholu dlouhodobě abstinuje (24 let). Adam se aktuálně nachází také ve fázi abstinence, ale v jeho případě se nejedná o dlouhodobou abstinenci. V období 7 měsíců měl 2 recidivy. Využijeme-li Jellinekovo (1940) „schéma abusu“ můžeme Adama již zařadit k tzv. „*Typu epsilon – „epizodický abúzus“ (dipsomanie, „kvartální pijáctví“)* s obdobími delší, občasné úplné abstinence, nepřiliš častá varianta závislosti, někdy provázející afektivní poruchy“ (Minařík in Kalina et al., 2008).

Z rozhovorů jsme zaznamenali, že k abusu alkoholu respondenty přiměly příčiny stejného i odlišného charakteru. Eva se k výraznějšímu popíjení dostala až v době, kdy byli její rodiče po smrti. Pracovala v restauraci, měla dostatek peněz i přístup k alkoholu. Obklopovala se lidmi, se kterými si život užívala plnými doušky: „*Spolu jsme „vymetly“ snad všechny noční bary, hodně jsme žily! Život byl, jeden velký flám!*“ (Eva). Byla nezávislá a volná, neměla stálého partnera ani žádné jiné závazky. Sama s odstupem hovoří o jisté patologii, vzhledem k životu, který tehdy vedla. V době, kdy již okolí vnímalo, že je s Evou něco v nepořádku, stáhla se do ústraní. „*Flámy*“ a popíjení ve společnosti, nahradila pitím o samotě: „*Ve 35 letech jsem věděla, že mám těžký problém s alkoholem. A už jsem se začínala stranit lidem a popíjela jsem sama...*“ (Eva).

Adam se k výraznějšímu pití alkoholu dostal také v období rané dospělosti. Byl přijat na studia Všeobecného lékařství, ve 23 letech se poprvé oženil a založil rodinu. Narodila se mu jediná dcera, se kterou je v kontaktu pouze sporadicky. Více se k ní a k jejich vztahu v rozhovorech nechtěl vyjadřovat. Manželství Adama a jeho první ženy nebylo šťastné. Ve vztahu se necítil dobře, byl pod neustálým tlakem. Dle jeho slov na něj rodina i okolí kladlo přehnané nároky. S láhvemi alkoholu se tedy postupně začal schovávat, též vyhledával samotu a klid: „*Nebyly to žádné hospody, už od začátku to bylo tak, že jsem pil sám... Já jsem to nepil pro radost, ale pro úlevu...*“ (Adam).

Význam alkoholu v životě Adama i Evy, to je oč tu běží... Nicméně zde se můžeme pouze domnívat, jaký konkrétní smysl pro ně měl či má. Alkohol může v životě lidí zastoupit různé role. Pro terapeutickou práci je vhodné identifikovat a dovést závislého člověka k uvědomění role a významu drogy v životě. U Evy se to podařilo, nicméně u Adama doposud ne... Návykové látky mohou sloužit, jako významný prostředek ke zvládání psychicky náročných situací a stavů. V případě Adama i Evy můžeme k podnětům aktivující jejich závislost („spouštěče“) zařadit v první řadě stres, nespokojnost v životě, touhu po uvolnění, vyhledávání samoty, „únik“ a zapomnění... Sebededikace oběma ze začátku, dočasně poskytla své „služby“ – odstranila dysforie, potlačila tenze, úzkosti či depresivní pocity apod. Naneštěstí, nikdo však ani jednoho neupozornil, že se za její „pomoc“ doživotně platí... Využijeme-li opět Jellinekovo (1940) „schéma abusu“, ze začátku bychom Adama i Evu mohli přiřadit k tzv. „*Typu alfa – „problémové pití“*“, *abúzus alkoholu, který se používá jako „sebededikace“ ...*“ (Minařík in Kalina et al., 2008).

Z hlediska etiologie jsou popisovány 3 skupiny psychopatologických komorbidit.

Zmíníme se zde pouze o první skupině, jež tvoří lidé s preexistující psychickou poruchou. Do této kategorie Eva vzhledem ke své duální diagnóze – Afektivní porucha nepochybně patří. *„Duševní obtíže vedou k rozvoji užívání, pokud návyková látka přináší dočasnou úlevu. Jde o model samoléčení či sebemedikace. Jedinec pak často v užívání pokračuje a závislost se plíživě rozvíjí“* (Kalina et al., 2015). Deprese se u Evy projevy již v raném dětství. Nicméně diagnostikována jí byla až o mnoho let později (v roce 2009), kdy již úspěšně abstinovala od alkoholu. *„Jeden problém jsem řešila druhým, až z toho vznikl obří balvan – deprese i alkohol mě semlely...“* (Eva). Pokud by se s její diagnózou „pracovalo“ dříve mohla se Eva pravděpodobně své závislosti vyhnout. Ale to je pouze naše fantazie. Zamyslíme-li se nad případem Adama, můžeme zde rovněž hovořit o uvolňující sebemedikaci, která trvá.

### **C. Léčebné období – abstinence, prevence relapsu, recidiva**

Léčebné zařízení oba vyhledali v době, kdy již své popíjení nezvládali korigovat. I když se o abstinenci nesčetněkrát pokoušeli, nebyli schopni to bez odborné pomoci zvládnout sami. Nepodařilo se jim dlouhodobě abstinenci udržet. Vzhledem k tomu, že se Eva se za své pití styděla a Adamovi to bylo doporučeno, našli si takové zařízení, které bylo daleko od jejich domovů. Stud hrál také v případě Adama podstatnou roli, ale vycházel v první řadě z obav jeho rodičů: *„Naši se za to strašně styděli, že to potkalo jejich děcko... Co jsem se dostal k tomu pití a na první léčbu... Vím, že to musí být těžké i pro ně, ale tím mi hrozně ublížili...“* (Adam). Psychiatrická nemocnice kam se vydali, pro ně byla osudnou, poznali v ní jeden druhého.

Eva měla v prvním roce léčby 5 recidiv, tyto epizody netrvali déle než 3 dny. K pití se většinou uchýlila až po té, co začal Adam. Nicméně nechce tomu připisovat žádný význam. *„Někdo mi tehdy řekl, že ty recidivy jsou kvůli Adamovi. Jenže nikdy nejde, kvůli nikomu sám sobě utnout ruku. A pak se to ve mně najednou nějak zlomilo. Když on se „napere“, já s tím mám starosti a potíže, a já si sama sobě ještě víc ublížím, protože pak mi nadávají v psychiatrické nemocnici i doma, že to nefunguje...“* (Eva). Pan primář, který byl jejich ošetřujícím lékařem tehdy Evě, nabídl dlouhodobou, individuální psychoterapii. *„Po té 3. recidivě mi řekl, že to asi ještě ve mně „není hotové“, tak mi nabídl individuální terapii. A já jsem za ním jezdila těch 150 km, 1 krát týdně, 1,5 roku“* (Eva). Tyto terapie společně s ostatními léčebnými intervencemi Evě pomohli k abstinenci, která trvá již 24 let. Eva v rozhovoru uvedla tyto body, jež jí pomohli/pomáhají v boji proti relapsu:

- 1,5 roku intenzivní individuální terapie s panem primářem – *„Bez něho bych se z toho nedostala. Hodně mi pomohl, a než jsem někdy našla to vhodné slovo, tak on ho doplnil.“* (Eva). Od roku 2009 nejsme v kontaktu.
- Antabus.

- Osobní deník.
- Setkávání skupin AA.
- Matka a Adam, které vnímá jako své varovné signály.

Adam se velice dlouho nedokázal se svou závislostí vyrovnat. Ztotožnit se s tímto onemocněním a přijmout tento fakt pro něj bylo velice obtížné. Roli zde jistě mohla hrát také jeho rodina a okolí, které jej obklopovalo. Vnímá to, jako své osobní selhání... I přesto že se o abstinenci pokoušel/pokouší různými způsoby, doposud se mu ji nepodařilo trvale udržet. 2 roky jsou doba, kdy nejdéle dokázal abstinovat. Prakticky celý život se svou chorobou zápasí, má zdravotní komplikace různého charakteru. Ale léčebná zařízení, která by mu mohla pomoci, již nevyhledává. Ve svém případě bohužel už v úzdruvu nevěří... „*To, že Eva abstínuje, pro mě není motivace, mě to nejde, já jsem v takové fázi, že na to nehledím. A u Evy si myslím, že ten alkohol byl záležitost číslo dvě. U ní byli primární ty deprese. Já sám nemám žádnou duální diagnózu, ale mám sklon utíkat od problému...*“ (Adam). Vzhledem ke spoluzávislosti, která se v jejich vztahu vyskytuje ani Eva jej není schopná od pití „odtrhnout“.

#### **D. Osudové setkání v léčbě, role primáře?**

Adam i Eva v roce 1992 nastoupili na léčebný pobyt do psychiatrické nemocnice. Pro Adama to byla již několikátá hospitalizace, nicméně pro Evu to byla první léčebná zkušenost. Ubytování byli každý na jiném oddělení, docházeli však společně na skupinovou psychoterapii. Tyto skupiny mají tedy zásluhu na tom, že se Adam a Eva poznali. Byly vedeny pod dohledem zkušených terapeutů či odborných lékařů. Jedním z nich byl také pan primář, o kterém se respondenti v rozhovorech mnohokrát zmiňovali. Jeho specializace byla zaměřena na závislost na alkoholu. I dnes je jedním z našich, předních odborníků, zabývajících se tímto chronickým onemocněním.

První manželka se s Adamem rozváděla, již nebyla ochotná, dál snášet jeho alkoholismus... V úzdruvu svého muže už také nevěřila, odešla od něj i s jejích malou dcerou. Manželka dostala dívku do výhradní péče, proto se s ní Adam vídal jen sporadicky. Vlivem všech těchto okolností se od sebe vzájemně odcizili a dodnes mají velice komplikovaný vztah. Na žádost svých rodičů nebyl své dceři ani na promoci ani na svatbě... Adama jeho diagnóza stigmatizuje. Ani vlastní rodina jej nevnímá, jako otce, ale pouze jako „alkoholika“. Tenhle přístup rozhodně k jeho úzdruvě nepřispívá.

Adam po rozvodu zůstal úplně sám, v podstatě se neměl ani kam vrátit. Eva byla v té době také bez partnera. Byla o 8 let starší než Adama, ale zřejmě jej během skupin zaujala natolik, že sebral veškerou odvalu a napsal jí dopis. Dostala jej, když byla na dovolence, nabízel jí v něm společný odchod ze zařízení – „novou budoucnost“. Eva se o své spolupacienty nezajímala, ani zpočátku netušila, kdo jí dopis poslal. Když to zjistila,

začali spolu hovořit, rozuměli si a stali se z nich přátelé. Trávili společně čas i mimo skupiny...

Na romantický vztah zřejmě ze začátku ani jeden nepomyslel. Ačkoliv to nebyla láska na první pohled, nepochybně mezi nimi musela přeskočit jiskra. Společný vztah považovali za jisté východisko – „nezůstat mimo zdi léčebny v životě sám“. *„Myslím si, že napřed to ani nebyla láska, že to bylo takové vzplanutí. Byla to obrovská osobní krize alespoň z mé strany a pud sebezáchovy, abych se nemusel vracet, tam odkud jsem přišel a abych nezůstal sám. Ve dvou se to lépe táhne. A jak říkám, že taková ta nějaká láska, to rozčarování, ty sexuální věci, to přišlo až po určité době, ale ten vztah tam byl od začátku. Myslím si, že nejdůležitější roli tam hrálo nezůstat sám a pud sebezáchovy. To byl boj o holý život“* (Adam). *„Ono je nějaké těžké, jít a najít si nějakého ne-alkoholika, protože ten člověk neví, o čem je řeč, co vlastně zažil ten alkoholik. Takže, když se bavíš s jiným alkoholikem, tak ten ví o čem je řeč“* (Eva).

Vzhledem ke skutečnosti v jaké době se poznali, jim byl vztah v léčbě umožněn. Paradoxně je od jejich nového vztahu neodrazovali odborníci, nicméně spolupacienti ano. Zřejmě vycházeli z vlastních negativních zkušeností. *„Já vím, že pan primář, byl ten, který mi to nikdy moc nerozmlouval, bral, že to tam prostě je“* (Eva). *„V léčbě jsme navázali vztah a celkem nám to tam tolerovali a zatím jsem z těch pacientů, kteří se o to pokusili, taky zůstali jediní. Našlo se hodně lidí, kteří nám ten vztah vymlouvali, hlavně ze strany spolupacientů“* (Adam). Navazovat partnerské vztahy se během léčby závislosti nedoporučuje, v některých typech zařízení je to dokonce vysloveně zakázáno (např. kardinální pravidlo terapeutické komunity). Protože pozornost, která by měla být, věnována závislosti na návykové látce se odsune do pozadí. Ačkoliv to může sloužit, i jako zajímavý prostředek k rozvoji další terapeutické práce – zabývat se tím, proč vztah vznikl, co pro klienty znamená apod.

Role primáře, který měl dané oddělení na starost, byla klíčová. Patrně se nejednalo, o typický vztah: lékař (terapeut) – pacient/klient. Především Eva k němu měla během léčby a také v období své rané abstinence velice blízko. Pramenit to mohlo z jeho přístupu či intervencí, které ve svém programu aplikoval. Vztah byl dle našeho názoru na přátelské úrovni. Byl také jedním z těch odborníků, který Adamovi ani Evě jejich počínající partnerský vztah nijak výrazně nerozmlouval. Na svém oddělení jej dokonce umožnil – z jeho strany se mohlo jednat o experiment. Nicméně konkrétní pohnutky, které jej k tomu vedly, neznáme a vysvětlit by nám je mohl pouze on. Zde jsou předkládány pouze naše fantazie.

*„Dřív jsme byli hodně závislí na panu primáři. A ten nám to dokonce, ne že schválil, ale doporučil. Říkal, že to bude „hokus pokus“ jeden z mála v republice. A s různými „průsery“ finančními, zdravotními to drží do dnes. Takže svým způsobem měl ten primář pravdu. I když to není, nebylo a asi už ani nebude všechno v azuru“* (Adam).

## E. Manželský život a psychopatologické projevy – spoluzávislost

Vztah, který respondenti během léčby navázali, i přes různá úskalí, především v podobě recidiv přetrval. A o rok později v roce 1993 se na popud Adama vzali. *„Nebyli jsme ještě svoji, v tom prvním roce, kdy byly ty moje recidivy, tak jsme byli jen jako partneři. Mně to vyhovovalo, nenapadlo mě, že bychom něco, museli změnit. Ale pak přišel Adam s tím, že je to takový „špinavý vztah“. V tomhle, je Adam docela staromódní., víc než já. A tak jsem si, sami domluvili svatbu“* (Eva). Je paradoxní, že první manželství Adama zaniklo kvůli jeho alkoholismu, kdežto druhé manželství primárně na těchto základech vzniklo.

Eva prožívala první, oficiální partnerský vztah. Stala se něčí manželkou, a opět se měla o koho starat, už nebyla sama. Narážíme zde na to, jak v dětství pečovala o svou závislou matku – kodependentní vztah. Manželství bylo ze začátku pro oba velice náročné, bylo to něco nového. Udržet vztah s ohledem na trvající abusivní alkoholismus nebylo snadné. Protože trvale abstinentovat v té době nedokázal ani jeden z nich. *„Vždycky když jsem se v tom vztahu napila, tak jsem si říkala, že se o mě třeba postará, než se dám dohromady, ale to on ne, on se vždycky přidal a rozpil se taky. Nikdy jsme v té době nepili spolu u stolu, protože on chtěl ode mě vypadnout. Takže já jsem pila sama a on taky“* (Eva).

Manželství finančně zajišťovala především Eva, vždycky si hledala takové pracovní místo, kde mohla vydělat více peněz. To bylo také jedním z důvodů, proč se odstěhovala do ciziny, kam ji Adam následoval. Eva abstinovat, starala se o domácnost, zajišťovala finanční příjem a později dokonce i přísun alkoholu pro Adama... Výčet těchto činností byl/je rozhodně pro Adamovo sebevědomí destruktivní. Opět to mohl/může vnímat, jaké své selhání, že ve své roli, jako muž neobstál.

Respondenti nikdy společně nezaložili rodinu – nemají společné dítě. Adam dokonce uvedl, že netuší, proč tomu tak je, že o možnosti vlastního dítěte nikdy nehovořili. Eva se k tomuto tématu nevyjádřila vůbec. Naše teorie mohou být různé – jedná se o zdravotní komplikace reprodukčního charakteru či Eva společné dítě s Adamem nechtěla? Nicméně mají spolu psa, o kterého se starají.

Když se Eva za Adama provdala, svůj život podřídila jeho potřebám, úplně se mu oddala. A ačkoliv v rámci své dominance, přebrala některé jeho (mužské) role ona je ta, jež je primárně zapletená do sítě jeho závislosti – je „spolu-závislá“? K tématu spoluzávislosti, měli oba respondenti možnost se vyjádřit. Termín oba z léčebného prostředí znají. Nicméně především Eva, striktně odmítla, že by se tento jev v jejich vztahu vyskytoval. *„Já si myslím, že nejsem spoluzávislá, já mu ani nijak moc neradím, protože každý je individuum a každý má ten prožitek svůj jiný. A to co mi pomáhalo, to on nemusí přijmout. On má to své... Jemu už radil úplně každý a vždycky to dopadlo špatně. Myslím si, že nejsem spoluzávislá. Rozumím tomu tak, že ten zdravý člověk, přejímá tu léčbu toho druhého na sebe. Já fakt nevím, ten termín mi přijde divný. Nevím, o čem to je. Možná, že*

*jsem s Adamem spoluzávislá, ale já mám přece pořád tu svoji závislost. Já poznám na Adamovi, kdy se uchyluje k pití, kdy je už hodně nervózní, hodně křičí, už si hledá důvody“ (Eva). „Spoluzávislost? Jak jsem říkal, ten náš vztah je hodně ovlivněný tím, že jsme oba alkoholici. Je to ovlivněno i tím, že v těch letech co máme za sebou, dokážeme k sobě být ještě uctiví, tolerantní, respektujeme jeden druhého“ (Adam).*

Patrné znaky spoluzávislosti u Evy můžeme pozorovat již v jejím vztahu k matce a nyní i ve vztahu k Adamovi. Beattiová (2006) definovala charakteristické projevy spoluzávislosti. Zde je výčet znaků, které u ní lze pozorovat – péče o druhé, nízká sebeúcta, potlačování, popírání, závislost, hněv. Eva má potřebu přebírat odpovědnost za Adama, chce jej před okolím chránit, proto mu již také zajišťuje přísun alkoholu: *„Když Adam pije tak mi „leze hrozně na nervy“, on mě pořád budí a já mu musím chodit pro flašku. Nebylo to tak vždycky, ale postupně jsme se k tomu dopracovali...“ (Eva).* Eva prošla již všemi 6 stádii, které popsala Šavrnocová (2011) – popření, hněv, zachraňování, smutek, nenávist, smíření. *„A co když se napije? No tak mu pomůžu, a tak mu vlastně pomáhám celý život. Ale i tehdy jsem tomu dávala takové přirovnání – my máme každý jednu nohu hliněnou, každý stojíme na jedné noze v tom životě, než jsem přišla na to, jestli to vůbec půjde. Takže když se společně držíme tak máme dvě nohy zdravé“ (Eva).*

Podle Adama jejich vztah stojí v první řadě na toleranci a respektu. Především Eva je vzhledem ke své spoluzávislosti k Adamovu pití tolerantní. Ačkoliv Eva manželství nepovažuje za harmonické, a představy o životě měla/má jiné, neumí si představit, že by Adama opustila. Nechtěla/nechce zůstat v životě sama: *„Ale bylo to o tom, že člověk nebyl sám. Já nevím, určitě jsou lidé, kteří umí žít sami, ale já to neumím, pro mě by to nebylo. Život s Adamem ten je jakýkoliv, jen ne lehký... Ale zároveň je i šťastný. Já bych si jen přála mít ten život, trošku konečně lepší než to dětství. Nezažívat strach a ten stud, ale zavinila jsem si to sama, i když nebylo to vždycky špatné ani to dětství vlastně“ (Eva).* Dojde-li Eva k uvědomění a začne na svém problému – „kodependenci“ pracovat, mohla by být konečně v životě opravdu šťastná.

#### **d. Závěrečné shrnutí případu**

Vztah, který Adam a Eva popsali je náročný, soužití dvou závislých osob má svá úskalí i „pozitiva“. Nicméně ani udržet jej není jednoduché, společně to však zvládají. Oba si jsou vědomi, toho že vztah, který spolu mají, není běžný. Ale vzhledem k věku, to již v současnosti tolik neřeší. Ačkoliv už dnes mají jiné představy o životě, i přesto nejsou schopni se navzájem opustit. Možná je ve vztahu drží spoluzávislost, láska či stále potřeba nebýt/nezůstat sám? Pokud by Adam a Eva měli zájem na svém vztahu pracovat, a chtěli by jej ještě více utužit, musí v první řadě zapracovat na vzájemné komunikaci – např. sdělit si, po čem v životě ještě touží. Rovněž společná intervence terapeutického charakteru, zaměřená primárně na kodependenci by pro jejich vztah mohla být přínosná.



## Výsledky výzkumu a diskuze

Stejně jako u ostatních typů závěrečných prací je diskuze klíčovou součástí kasuistické práce. Budeme se zde zabývat tím, zdali byl naplněn výzkumný cíl. A zda byly nalezeny odpovědi na výzkumné otázky, jež byly před tvorbou práce stanoveny. Dále budeme našim úkolem probrat etická dilemata, která se během empirického šetření objevila. Autorka práce bude reflektovat také svou „úspěšnost“ v roli výzkumníka.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou. Ve vlastní empirické části, kterou tvoří kasuistiky Adama a Evy, se tedy pokoušíme nalézt odpověď na následující výzkumné otázky: Hlavní výzkumná otázka: Jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou? Doplňující výzkumné otázky: 1) Považují respondenti manželství za harmonické, splňuje jejich představu ideálního vztahu? 2) Jakou roli zauímají v tomto vztahu respondenti – vyskytuje se v jejich vztahu spoluzávislost? 3) Jaké techniky prevence relapsu respondentka využívá k udržování abstinence? 4) Jaké okolnosti či situace by respondenta mohli motivovat k abstinenci?

### **Jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou?**

*„Sdílet společnou domácnost s člověkem, který problémově pije, je náročné“* (Nešpor, 2006). Adam i Eva to znají na „vlastní kůži“. Destruktivitu tohoto onemocnění si jsou vědomi. Celý jejich život se točí hlavně kolem alkoholu, všechno ostatní je upozaděno. Sny a touhy se pomalu, ale jistě vytrácejí. Ve vztahu neprožívají maličkosti všedních dnů, je pro oba psychicky náročný. Z Adamova vyprávění, je patrné že cítí selhání ve své „mužské/partnerské“ roli. Ze slov Evy, můžeme nabýt dojmu, že své manželství vnímá, jako jistou „ztrátu“. Protože pokud by jejich společný vztah v léčbě nevznikl, mohla žít jinak. Přímou to však neuvedla a navíc nikdo netuší, zda by její život byl jiný – jednodušší.

Touha nezůstat v životě sám, pud sebezáchovy, potřeba pomáhat jeden druhému, to jsou hlavní motivy, které stojí za vznikem jejich vztahu. A vzhledem, ke skutečnosti, že jsou oba „alkoholici“, mají schopnost se lépe vcítit do partnerova prožívání. Ačkoliv již dnes mají jiné představy o životě, stále se respektují a tolerují. Chápu se, žijí jeden pro druhého, protože rodina je jim vzdálená. Podle Jílka (2008) chování závislého jedince ohrožuje jeho rodinu hned v několika směrech. V manželství Adama a Evy si můžeme všimnout těchto bodů: psychické potíže, izolace, ztráta společenských kontaktů, stud před okolím, zakrývání skutečnosti, ztráta společenského respektu a kreditu.

I když se ve vztahu vyskytuje řada negativ, lze z vyprávění Adam i Eva vypožorovat, že se mají rádi. Chtějí o sebe i nadále pečovat a dávat na sebe navzájem pozor. Pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí. Spíše než „milostné pouto“, jejich vztah

udržuje přátelství, které mezi nimi za ta léta vzniklo. Ačkoliv již dnes mají jiné představy o životě, vydrželi spolu celých 24 let. Manželský vztah respondentů se tedy výrazně neliší od ostatních párů, které také sužuje spoluzávislost.

### **Považují respondenti manželství za harmonické, splňuje jejich představu ideálního vztahu?**

Část odpovědi je uvedena již v předchozí, hlavní výzkumné otázce, nicméně poznatky uvedeme i zde. Eva své manželství nepovažuje za harmonické ani pro ni nesplňuje představu ideálního vztahu. Vztah je pro ni složitý a náročný. Vyskytuje se v něm nesoulad životních tužeb i očekávání. Vzhledem k jejich věku a diagnostikovaným chorobám – Afektivní porucha (F31.7), Syndrom závislosti na alkoholu (F10.2) v jejich vztahu panuje občas i velice nepříjemná nervozita. Ačkoliv je součástí partnerského vztahu, kterých 24 let existuje („funguje“), nikomu by žít podobný život nedoporučila .

Jejich osobnost se postupem času změnila, uvažovali také o rozvodu. Nicméně Eva se k tomuto kroku nikdy neodhodlala, protože by Adama nedokázala opustit. Má potřebu jej před všemi chránit.

Adam se k tomuto tématu výrazně nevyjádřil, je si vědom složitého soužití se svou závislou osobou.

### **Jakou roli zaujímají v tomto vztahu respondenti – vyskytuje se v jejich vztahu spoluzávislost?**

Ve vztahu Adama a Evy se vyskytuje primární kodependence. „Což znamená, že žádná jiná porucha nevyvolala kodependenci, i když jedna nebo více poruch – včetně závislosti – mohou existovat souběžně“ (Kudrle in Kalina et al., 2003). Eva postupem času ztratila sama sebe, Adamovy problémy přebírá za své – zrcadlí jeho pocity, pečuje o něj.

„Někteří odborníci se domnívají, že spoluzávislost vzniká v důsledku závislosti, jiní soudí, že spoluzávislý potřebuje ve svém okolí závislého, aby sám mohl být v rámci spoluzávislosti šťastný svým zvláštním, nezdravým způsobem“ (Volfová, 2015). Má velkou potřebu Adama zachránit, nicméně jsou chvíle, kdy od něj chce odejít – utéct. U Evy lze pozorovat kombinace těchto rolí – převleků (Whitfield, 1992) jež jsme uváděli v teoretické části práce – zachránce a pomocník, uspokojovatel lidí (poskytuje alkohol), oběť, mučedník a závislý. Nicméně není ochotna se s tímto označením smířit. Své počínání bagatelizuje, neuvědomuje si závažnost této poruchy.

Plzák (1988) definoval pojem soužití, jako: „Soubor společných činností manželů, jež jsou nezbytné, aby manželství fungovalo“ (Mlčák, 1996). A také pro tento pojem vyčlenil pět nejdůležitějších proměnných neboli „funkcí“:

- a. „Finanční hospodaření a domácnost.

- b. *Konzumace volného času.*
- c. *Sexuální soužití.*
- d. *Výchova dětí.*
- e. *Komunikace partnerů.*

Vzhledem ke skutečnosti, že Adam je stále sužován svou závislostí, Eva přebírá veškerou odpovědnost za jejich soužití. Přebírá tedy zodpovědnost také za jeho „mužské“ role. *„Spoluzávislý člen rodiny takto jedná, protože věří, že to je ten způsob, jak může skutečně pomoci závislému ke změně a k návratu do normálního života. Tomu věří i přesto, že jim závislý dlouhodobě lže a že je již tolikrát zklamal. Věřící, že příště už to bude jiné. Příště se to určitě již podaří!“* (Volfová, 2015).

Eva umožňuje Adamovo pití a Adam přijímá Evinu spoluzávislost.

### **Jaké techniky prevence relapsu respondentka využívá k udržování abstinence?**

*„Prevence relapsu je přístup zaměřený na sebekontrolu, používaný při léčbě různých druhů závislého chování. Jedná se o psychoedukační program, kombinující techniky kognitivních intervencí a trénink dovedností“* (Kalina et al., 2001).

Aby si Eva svou abstinenci udržela, využívá k tomu všechny dostupné prostředky, které znala nebo, které ji někdo poradil. Pravidelné, individuální psychoterapie, pod vedením zkušeného lékaře a terapeuta, jež trvaly 1,5 roku, mají na její úzdavě bezesporu velký podíl.

Eva vyzkoušela také averzivní terapii, ve formě Antabus. Vedla si osobní deník – „psaní cesta k úzdavě“. Expresivní psaní ji pomáhalo zvládat craving. Ze svého bažení („chutí“) se vypsala a touto terapií je také mnohdy zahнала.

V minulosti docházela také na svépomocnou skupinu Anonymních alkoholiků. Chodila sama nebo společně s Adamem. *„Svépomocné skupiny tvoří zvláštní druh skupinové práce. Mají silný terapeutický náboj“* (Vymětal, 2010).

K utužení abstinence, v neposlední řadě Eva, využívá varovné signály, jež mají podobu její matky a Adama. *„Nějak nemám na ten alkohol chuť. Já mám jedno velké štěstí, velmi často vidím Adama „na šrot“ a co to pak s ním dělá, a jak má zničené ty ruce a nohu a to všechno. Tam vidíš, co ten alkohol dokáže. A to je pro mě odstrašující případ. A potom navíc, jsem to zažila jako dítě. Matka mě nakopla jít a dělat s tím nějaký pořádek. Oni jsou dvě spojené nádoby, jedna už tu není, aby mě strašila a proto přišel někdo další...“* (Eva).

### **Jaké okolnosti či situace by respondenta mohli motivovat k abstinenci?**

Adam vnímá, že je jeho onemocnění již v terminálním stádiu. Ačkoliv je si vědom rizik – dochází k čím dál větší devastaci jeho organismu. V abstinenci – úzdavu už nevěří. Ani Eva, jeho manželka jej k abstinenci nemotivuje... Léčebné intervence nevyhledává,

jakýkoliv odborný zásah odmítá.

Nestojí o žádný dostupný typ léčby, protože věří, že neexistuje nikdo, kdy by mu v jeho případě mohl pomoci. Vzhledem, k počtu zařízení, kterými během svého života prošel, se mu nelze divit. Léčba je, pro něj již formou odpočinku.

### **Etická dilemata a limity ve výzkumu**

*„Výzkumníci by měli dbát na dodržování obecných základních etických zásad, jako je např. úcta k lidem (patří sem respekt k možnosti sebeurčení a ochrana proti zneužití u závislých nebo bezbranných osob), snaha konat dobro (maximalizace možného přínosu a minimalizace možné újmy) nebo nekonat zlo (neškodit, nepoškozovat). Při praktickém provádění výzkumné činnosti však samozřejmě nelze dopředu ošetřit všechny možné situace, kterého mohou nastat“ (Miovský, 2006).*

Během tvorby této závěrečné práce autorka narazila na četné množství etických dilemat. Již je všem nepochybně známo, že se v případové studii zabývá manželským párem. Nicméně jedná se o partnery, které autorka osobně znala ještě před vznikem kasuistiky. Mezi ní a respondenty je přátelský vztah, což mělo své výhody, ale nepochybně také celou řadu nevýhod. Mezi výhody bychom v první řadě uvedli skutečnost, že respondenti byli během rozhovoru naprosto upřímní a otevření. Sdělili veškeré podrobnosti, týkající se jejich života, které nás zajímali. Což by například cizí osobě (výzkumníkovi) sdělit nemuseli, vzhledem k osobnímu charakteru, zvoleného tématu. Z toho však zároveň plynou nevýhody, bylo velice obtížnost udržet interview na profesionální, výzkumné úrovni a korigovat jej tím správným směrem.

Malý výzkumný vzorek byl spíše limitem než etickým dilematem, i přesto se o něm zde musíme zmínit. Po celou dobu hrozil zánik případové studie, protože celá práce se opírá o výpověď jednoho manželského páru. Kdykoliv mohla nastat situace, že by respondenti již nadále nechtěli ve výzkumném šetření pokračovat. Tento fakt byl oběma respondentům znám, naštěstí nenastala žádná situace, která by mohla vést k tomu, aby výzkum opustili.

V práci se zajímáme o manželský vztah. Jelikož se autorka tímto námětem doposud, ani během studia nezabývala, obávala se skutečnosti, že nemá dostatečné množství znalostí, zkušeností ani právo o tomto tématu hovořit, zabývat se jím. Nicméně pevně věří, že práce není pro respondenti nijak dehonestující či stigmatizující, ale plyne z ní převážně přínos.

Autorka cítila velikou, morální zodpovědnost, během zpracovávání kasuistiky. Vzhledem k tomu, že s respondenty rozhovory absolvovala v soukromí. A nikdo z nich netuší, co o sobě navzájem vypověděli. Proto autorka eticky balancovala nad tím, co v práci sdělit a co nikoliv. Aby, pokud si respondenti někdy práci přečtou, nedošlo k psychické újmě ani jednoho z nich. Či k hádce, rozkolu nebo dokonce rozpadu vztahu.

Nakonec však usoudila, že svým podpisem jí respondenti potvrdili, že má právo uvést, cokoliv během rozhovoru uvedli.

V kasuistice se respondenti zmiňují o svých blízkých, o své rodině, v některých případech dokonce nelichotivě. Uvedení, některých informací by mohlo poškodit vzájemné vztahy mezi respondenty a jejich rodinou či známými. Opět zde nastalo etické dilema – zda se o těchto osobách v práci zmiňovat, jelikož nepředložili souhlas. Nicméně aby byl dodržen celostní charakter práce, bylo třeba tyto „důležité“ osoby v kasuistice ponechat. Samozřejmě nejsou osločovány svými skutečnými jmény, ale riziko odtajnění anonymity vždy existuje. Dilemat je nepochybně více, nicméně zde uvádíme pouze ty, které jsou z našeho pohledu nejvýznamnější.

### **Vlastní sebereflexe výzkumníka**

O sebereflexi jsem se v této práci snažila prakticky po celou dobu. Začalo to tím, zda vůbec respondenty oslovit, abych zvolené téma mohla veřejnosti publikovat. Reflektovala jsem všechna kritéria „pro i proti“, nicméně pozoruhodnost námětu zvítězila. Nebylo mým záměrem respondenty, jakkoliv stigmatizovat či poškodit. Proto pevně věřím, že se mi povedlo vytvořit práci, ve které se tyto obavy, nenaplnili a čtenáři to z textu nevnímají.

Kasuistická práce vznikala postupně, její zpracování trvalo déle než jeden rok, bylo pro mě velice náročné skloubit studium, své zaměstnání a časové možnosti respondentů. Dojíždění za nimi bylo komplikované, ale vyplatilo se. A já jim jsem vděčná, že byli ochotni na výzkumném šetření spolupracovat. Ostatně oni jsou Ti, kterým patří největší poděkování.

Aktuálně mě nenapadá nic konkrétního, co bych při sběru dat či během tvorby případové studie chtěla provést jinak. Nicméně kriticky bych zhodnotila především rozbor jednotlivých případů. Protože se jedná o čistě subjektivní interpretaci což je pro práci nepochybně, značně limitující.

Pokud bych s výzkumným šetřením začínala, nejspíš bych se nyní pokusila oslovit také příbuzné respondentů, abych i s nimi absolvovala rozhovor. Tím bychom jistě docílili ke vzniku ucelenějšího formátu kasuistiky. A v rozhovorech bych se zaměřila také na jiná témata, na která nebyla naše pozornost doposud zaměřena. Pokusila bych se nalézt i jiné páry nacházející se ve stejné či obdobné situaci, aby bylo možné výsledky generalizovat. Snažila bych se vytvořit ještě propracovanější verzi.

K výzkumnému šetření i zpracovávání případové studie jsem využívala svých nabytých znalostí především během studia adiktologie. Avšak snažila jsem se o individuální zpracování, proto jsem aplikovala také své vlastní, vnitřní podněty. Doufám, že je práce přínosem a snad naplnila všechna očekávání, jež ze zvoleného názvu mohou vycházet.

## Závěr

Cílem diplomové práce bylo, v první řadě „adiktologickou obec“ obohatit o nová fakta a poznatky týkající se alkoholu a jeho vlivu na manželské soužití. Záměrem autorky, bylo čtenáře vtáhnout do příběhu, který ji během studia adiktologie zaujal. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Během tvorby teoretické části bylo potřeba pracovat s aktuální odbornou literaturou a prameny. Stěžejní výroky odborníků jsou v textu citovány. V empirické části jsme se věnovali hlavním postavám této případové studie – Adamovi a Evě. Zobrazujeme v ní životní pády obou hrdinů i celoživotní snahy začlenit se do běžného života.

K vyprávění o jejich soužití autorka využila různé kvalitativní postupy i kvalitativně-kvantitativní nástroje. Úkolem těchto metod bylo, poskytnout celostní pohled na jejich manželství, ve kterém hraje důležitou roli závislost na alkoholu.

V práci se zabýváme různými aspekty, se kterými je partnerský život dvou závislých osob spjat. Ačkoliv je to vztah velice náročný, jsou-li partneři ochotni riskovat, může mít šanci přetrvat. Vzhledem k tomu, že se mnohdy, právě tito jedinci dokážou lépe vcítit, do toho co jejich partner/partnerka vnitřně prožívá. Obvykle jsou ve vztahu ohleduplnější či tolerantnější.

Teoretické povědomí o spoluzávislosti již v odborných kruzích existuje. V odborné literatuře se tomuto tématu vybraní autoři věnují. Nicméně touto případovou studií jsme chtěli jejich získané poznatky potvrdit. Ačkoliv v ní neaplikujeme žádnou dostupnou, léčebnou intervenci. Avšak už jen proto, že se tímto problémem zabýváme, můžeme jiné, potencionální „kodependenty“ po přečtení této práce na jejich osobní patologické počínání upozornit.

Záměr případové studie a výzkumné cíle byly splněny. I přesto, nejen v diskuzi jsou uvedeny metodologické a etické limity. Důraz byl kladen především na nemožnost obecnějších závěrů vzhledem k subjektivnímu charakteru práce a nízkému počtu respondentů.

Kasuistická práce v této podobě rovněž slouží, jako zdroj informací k dalšímu návaznému studiu. Je přece nepochybné, že tato případová studie má více úhlů pohledů. Ty jsou podkladem pro příští navazující zpracování. I když na základě vlastních, získaných poznatků je možné stavět četné hypotézy pro další adiktologický, psychologický i sociologický výzkum.

Teoretické zkoumání fenoménu spoluzávislosti i prohloubení našeho pochopení je tedy žádoucí. Vzhledem k tomu, že kodependenci, dle našeho mínění doposud nebyla ve společenských vědách, věnována odpovídající pozornost.

*„Alkohol a drogy jsou jako jedovatá voda, která podemílá kameny lásky“*  
(Janouchová, 2005).

## Použité zdroje a literatura

- Alcoholics Anonymous world Services (1989). *Anonymní alkoholici*, New York: Alcoholics Anonymous world Services, inc.
- Ashley, M., Rehm, J., Bondy, S., Single, E., & Rankin, J. (2000). *Beyond Ischemic Heart Disease: Are There Other Health Benefits from Drinking Alcohol?* *Contemporary Drug Problems*, 27, 735 – 777. In Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Účinky*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. Geneva: World Health Organization. In Mladá, K. (2011). Praha: Klinika adiktologie. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2693/Test-pro-identifikaci-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu-AUDIT->, kde dni 30. 11. 2016.
- Barnardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton.
- Beattie, M. (2006). *Koniec spoluzávislosti*. Trnava: Spolok Sv. Vojtecha. In Škodová, I. (2013). *Čo je to spoluzávislosť – kodependencia (codependency) – „byť závislý s...“*. Báňská Bystřice: o.z. Integra – Centrum prevencie v oblasti siekt.
- Bohata, J. (2007). *Vrátil jsem se v pořádku a včas*. Praha: Baronet, a.s.
- Csémy, L., Nešpor, K., Sovinová, H. (2001). *Problémy s alkoholem v rodině, zpráva pro Evropskou unii*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Cuber, J. F., Haroff, P. B. (1971) *Five types of marriage*. In Skolnick, A. S., Skolnick, J. H. (eds.): *Family In Transition*. Boston, Little, Brown and Co. In Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál, s.r.o.
- Diplomová práce. (2015). *Spoluzávislosť v rodine s alkoholovo závislým členom*. Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. Báňská Bystřice. Slovensko.
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J. (2006a). *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Drulák, P. (2008). *Jak zkoumat politiku*. Praha: Portál, s.r.o.
- Eckhardt, M. J., File, S. E., Gessa, G. L., Grant, K. A., Guerri, C., Hoffman, P. L. et al. (1998). *Effects of Moderate Alcohol Consumption in The Central Nervous System*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 998 – 1040. In Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Účinky*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Edward, G. (2004). *Záhadná molekula*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. In Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Účinky*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Frouzová, M. (2003). *Skupiny s blízkými závislého*. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

- Gabrhelík, R. (2015). *Dialog mezi výzkumem a praxí – Manželství praxe a výzkum*. In Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Gutjahr, E., Gmel, G., & Rehm, J. (2001). *The Relation Between Average Alcohol Consumption and Disease: An Overview*. *European Addiction Research*, 7, 117 – 127. In Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Účinky*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Hajný, M. (2015). *Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti – Rodinné faktory*. In Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Hajný, M. (2003). *Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál, s.r.o.
- Heller, J. a Pecinovská, O. et al. (2011). *Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, spol. s.r.o. In Zahradníková, H. (2015). *Manželky alkoholiků*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc. Česká republika. Dostupné z: <http://theses.cz/id/ejwsgb?info=1;isshlret=man%C5%BEelky%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dman%C5%BEelky%20alkoholik%C5%AF%26start%3D1>, kde dni 30. 11. 2016.
- Heller, J., Pecinovská, O. et al. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, a.s. In Zahradníková, H. (2015). *Manželky alkoholiků*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc. Česká republika. Dostupné z: <http://theses.cz/id/ejwsgb?info=1;isshlret=man%C5%BEelky%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dman%C5%BEelky%20alkoholik%C5%AF%26start%3D1>, kde dni 30. 11. 2016.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, s.r.o.
- Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Historie*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Účinky*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Užívání*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Hošek, K. (1971). *Problematika alkoholismu v sociálně psychologickém a medicínském pohledu*. Třinec: Oddělení psychologie a sociologie práce Třineckých železáren. In Doležalová, V. (2006). *Vliv alkoholismu na sociální vztahy jedince*. Masarykova univerzita, Brno. Česká republika. Dostupné z: <http://theses.cz/id/t0pwzn?info=1;isshlret=Vliv%3Balkoholismu%3Bna%3Bsoci%C3%A1ln%C3%AD%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dvliv%20alkoholismu%20na%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20vztahy%20jedince%26start%3D1>, ke dni 30. 11. 2016.
- Janouchová, K. (2005). *Nejbližší*. Praha: Mladá fronta, a.s.
- Jílek, J. (2008). *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislý a nešťastní)*. Praha: Roční období.



- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drogových závislostí*. Úřad Vlády České Republiky. Praha: o.s. Filia Nova.
- Kaufman, E., Kaufman, P. (1979). *Multiple Family Therapy With Drug Absusers*. In Kaufman, E., Kaufman, P. (eds.). *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse* (pp. 81 – 94). Gardner Press, New York. In Hajný, M. (2003). *Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kramer, H. CH. (1980). *Becoming a Family Therapist*. New York: Human Sciences Press. In Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, s.r.o.
- Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál, s.r.o.
- Krmenčík, P., Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Charakteristika*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Kudrle, S. (2003). *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G. A. (1999). *Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model*. *Alcohol Res Health*. 23(2):151-60. In Nešpor, K. (2011). *Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes*. *Psychiatrie*, 15(3), 154–159. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>, ke dni 30. 11. 2016.
- Mareček, P. (2001). *Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*. In: Zvolský, P. (Ed.), *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. In Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Účinky*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Mayo-Smith, M. F., Beecher, L. H., Fischer, T. L., Gorelick, D. A., Guillaume, J. L., Hill, A., Jara, G., Kasser, C., Melbourne, J. (2004). *Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline*. *Arch. Intern. Med.*, 12; 164:1405–1412. In Nešpor, K. (2011). *Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes*. *Psychiatrie*, 15(3), 154–159. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>, ke dni 30. 11. 2016.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize. (2008). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>, ke dni 30. 11. 2016.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Minařík, J. (2008). *Přehled psychotropních látek a jejich účinků – Alkohol*. In Kalina, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Přílohy. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Minařík, J., Kmoch V. (2015). *Přehled psychotropních látek a jejich účinků – Alkohol*. In Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mlčák, Z. (1996). *Vybrané kapitoly z psychologie manželství a rodiny*. Ostrava: Ostravská univerzita. Učební texty Ostravské univerzity.
- Nešpor K. (2012). *Škodlivé užívání alkoholu a závislost na něm u duševně nemocných: krátká intervence a další možnosti*. Psychiatrie pro praxi, 13(1):7-9. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/02.pdf>, ke dni 30. 11. 2016.
- Nešpor, K. (2011). *Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes*. Psychiatrie, 15(3), 154–159. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>, ke dni 30. 11. 2016.
- Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý – Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host.
- Olecká, I., Ivanová, K. (2010). *Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku*. EMI, 2, 19 – 24.
- Olecká, I., Ivanová, K. (2010). *Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku*. EMI, 2, 19 – 24. In Vacek, J., Miovský, M. (2013). *Manuál pro vytvoření závěrečných kvalifikačních prací: Závazné normy pro vypracování*. 1. LF UK v Praze.
- Pavlovská, A. (2015). *Prevence a zvládání relapsu*. In Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Plzák, M. (1988). *Poruchy manželského soužití. Úvod do matrimoniologie*. Praha: SPN. In Mlčák, Z. (1996). *Vybrané kapitoly z psychologie manželství a rodiny*. Ostrava: Ostravská univerzita. Učební texty Ostravské univerzity.
- Popov, P. (2003). *Alkohol*. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Profous, J. (2011). *Průvodce alkoholovou závislostí*. Praha: Galén. In Zahradníková, H. (2015). *Manželky alkoholiků*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc. Česká republika. Dostupné z: <http://theses.cz/id/ejwsgb?info=1;isshlret=man%C5%BEelky%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dman%C5%BEelky%20alkoholik%C5%AF%26start%3D1>, ke dni 30. 11. 2016.
- Reichl, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicem.
- Skála, J. (1986). *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: Abúzus a závislost*. Praha: Avicem. In Zahradníková, H. (2015). *Manželky alkoholiků*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc. Česká republika. Dostupné z: <http://theses.cz/id/ejwsgb?info=1;isshlret=man%C5%BEelky%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dman%C5%BEelky%20alkoholik%C5%AF%26start%3D1>, kde dni 30. 11. 2016.
- Straussner, S. L. A. (2003). *Ethnocultural Issues in Substance Abuse Treatment*. In: S. L. A. Straussner (Ed.) *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment* (pp. 3 –

- 28). *New Yourk: The Guilford Press*. In Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Účinky*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- Šavrnichová, M., Rusnáková, M. (2011). *Spoluzávislosť v rodine s členom závislým od alkoholu*. In Prohuman (online). *Vedecko-odborný recenzovaný internetový časopis - sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, ošetrovatel'stvo*. 2(11), 1338 – 1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.cz/socialna-praca/spoluzavislost-v-rodine-s-clenom-zavislym-od-alkoholu?page=89>, ke dni 30. 11. 2016.
- Škodová, I. (2013). *Čo je to spoluzávislosť – kodependencia (codependency) – „byť závislý s...“*. Báňská Bystrice: o.z. Integra – Centrum prevencie v oblasti siekt.
- Šmolka, P. Mach J. (2008). *Manželská a rodinná trápení*. Praha: Portál, s.r.o.
- Šťastná, L. (2007). *Nástroje pro evaluaci preventivních a léčebných programů: Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. Praha: Klinika adiktologie. Dostupné z: <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>, kde dni 30. 11. 2016.
- Úřad vlády České republiky (2011). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1592/289/nspp\\_2010-2018\\_02.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1592/289/nspp_2010-2018_02.pdf), kde dni 30. 11. 2016.
- Volfová, P. (2015). *Spoluzávislost. SOS dětské vesničky*. Dostupné z: <http://www.sos-vesnicky.cz/res/data/127/014260.pdf> ke dni 30. 11. 2016.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- Witkiewitz, K., Marlatt G. A. (2004). *Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao*. *Am Psychol*. 59(4):224-35. In Nešpor, K. (2011). *Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes*. *Psychiatrie*, 15(3), 154–159. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>, ke dni 30. 11. 2016.
- Woititzová, J. G. (1998). *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus, s.r.o.
- World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO. Dostupné z: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprfiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprfiles.pdf), kde dni 30. 11. 2016.
- World Health Organization (1998). *Expert Committee on Drug Dependence: 30th report. WHO Technical Report, 873*. Geneva: WHO. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- World Health Organization, (1996). *WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version*. Program on mental health. Geneva: WHO. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf) ke dni 30. 11. 2016.
- World Health Organization (1994). *Lexicon of Alcohol & Drug Terms*. Geneva: WHO. In Holcnerová, P. (2010). *Alkohol – Užívání*. Výukový text. Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

## **Přílohy**

Příloha č. 1 – Informace pro účastníky výzkumu - vzor.

Příloha č. 2 – Informace pro účastníky výzkumu - originál.

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas - vzor.

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas - originál respondentka EVA.

Příloha č. 5 – Informovaný souhlas - originál respondent ADAM.

Příloha č. 6 – Dotazník závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize -  
respondent ADAM.

Příloha č. 7 – AUDIT - respondent B.

Příloha č. 8 – Dotazník kvality WHOQOL-BREF - respondentka EVA.

Příloha č. 9 – Dotazník kvality WHOQOL-BREF - respondent ADAM.

Příloha č. 10 – Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení.  
Výsledné skóry položek a domén WHOQOL-BREF ADAMA a EVY.

Příloha č. 11 – Schéma spoluzávislosti.

## Příloha č. 1

### Informace pro účastníky výzkumu – vzor

Vážený respondente,

studie, na které se budete podílet, je anonymní, důvěrná a bude zpracovávána jako výzkumná část diplomové práce na téma: „*Manželské soužití bývalé uživatelky se stále závislým partnerem – případová studie*.“ Cílem práce je pomocí tzv. semistrukturovaného, hloubkového interview a dalších empirických nástrojů zjistit, jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou. Bude se jednat o klinickou kazuistiku, ve které se zaměříme na minulost, přítomnost, budoucnost a osobnost bývalé uživatelky alkoholu a jejího stále užívajícího (závislého) manžela. Téma práce nabídne nový pohled do této problematiky a zobrazí, jak takové manželství může probíhat a fungovat.

Informace, které sdělíte, budou uchovány a zpracovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace vaší osoby. S žádostí o získání dalších podrobností o studii se můžete obrátit na vedoucí práce Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., kalina@diktologie.cz Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova v Praze. Na vedoucího práce mohu směřovat i veškeré stížnosti.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas. Bc. Hana Slaná, 2. roč., Specializace ve zdravotnictví – Adiktologie, navazující magisterské, 1. LF UK v Praze.

.....

(podpis)

## **Informace pro účastníky výzkumu – originál**

### **Informace pro účastníky výzkumu**

Vážený respondente,

studie, na které se budete podílet, je anonymní, důvěrná a bude zpracovávána jako výzkumná část diplomové práce na téma: „*Manželské soužití bývalé uživatelky se stále závislým partnerem – případová studie*.“ Cílem práce je pomocí tzv. semistrukturovaného, hloubkového interview a dalších empirických nástrojů zjistit, jak probíhá společné soužití závislého partnera s abstinující manželkou. Bude se jednat o klinickou kazuistiku, ve které se zaměříme na minulost, přítomnost, budoucnost a osobnost bývalé uživatelky alkoholu a jejího stále užívajícího (závislého) manžela. Téma práce nabídne nový pohled do této problematiky a zobrazí, jak takové manželství může probíhat a fungovat.

Informace, které sdělíte, budou uchovány a zpracovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace vaší osoby. S žádostí o získání dalších podrobností o studii se můžete obrátit na vedoucí práce Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., kalina@diktologie.cz Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova v Praze. Na vedoucího práce mohu směřovat i veškeré stížnosti.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas. Bc. Hana Slaná, 2. roč., Specializace ve zdravotnictví – Adiktologie, navazující magisterské, 1. LF UK v Praze.



### Příloha č. 3

#### Informovaný souhlas – vzor

Vážený respondente,

byl/a jste zkontaktován/a k účasti na výzkumném šetření, za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Bc. Hany Slané. Výzkumné šetření probíhá v rámci magisterského studia na 1. lékařské fakultě, Karlovy Univerzity v Praze. Téma práce zní „*Manželské soužití bývalé uživatelky alkoholu se stále závislým partnerem – případová studie*“.

Teoretická část bude shrnovat dosavadní literaturu na toto téma, empirická část bude vedena kvalitativními metodami, zaměřenými na porozumění a perspektivu participantů v souladu s etickými zásadami kvalitativního výzkumu. Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v sérii nahrávaných rozhovorů, samostatný rozhovor potrvá zhruba 2 hodiny. Vaše identita zůstane v plné anonymitě a Vaše odpovědi, které vzhledem ke zkoumanému tématu, budou mít velice důvěrný, jsou určeny pouze pro potřeby tohoto výzkumného projektu. Vaše názory mohou být v projektu použity dle Vaší individuální pozice, ale žádná individuální jména nebudou v projektu zmíněna.

Rozhovor bude nahráván na digitální diktafon. S nahrávkou bude disponovat pouze hlavní řešitelka výzkumného šetření. Na kteroukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete interview ukončit. Ukončení rozhovoru a vystoupení z projektu pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky. V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na jeho hlavní řešitelku, Bc. Hanu Slanou (HankaSlana@seznam.cz). V případě otázek týkajících se Vašich práv jako respondenta v projektu se můžete obrátit na vedoucího diplomové práce Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. (kalina@diktologie.cz).

Pokud jste si důkladně prostudoval/a výše uvedené informace, žádám Vás tedy o Váš souhlas s poskytnutím rozhovoru a se zpracováním získaných informací k výzkumnému šetření.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.  
Bc. Hana Slaná.

Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu. Tento souhlas je vyhotoven ve dvou stejných listinách, z nichž každá má platnost originálu. Jednu obdrží řešitelka výzkumu a druhou poskytovatel/ka rozhovoru.

Souhlasím, že informace získané z mého rozhovoru mohou být použity pro výzkumné šetření v rámci diplomové práce slečny Bc. Hany Slané, která mě seznámila s postupem výzkumu a s danou problematikou. Dále souhlasím s audiozáznamem, který bude během rozhovoru pořizován.

.....

(podpis)

## Informovaný souhlas – originál respondentka EVA

### Informovaný souhlas

Vážený respondente,

byl/a jste zkontaktován/a k účasti na výzkumném šetření, za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Bc. Hany Slané. Výzkumné šetření probíhá v rámci magisterského studia na 1. lékařské fakultě, Karlovy Univerzity v Praze. Téma práce zní „*Manželské soužití bývalé uživatelky alkoholu se stále závislým partnerem – případová studie*“.

Teoretická část bude shrnovat dosavadní literaturu na toto téma, empirická část bude vedena kvalitativními metodami, zaměřenými na porozumění a perspektivu participantů v souladu s etickými zásadami kvalitativního výzkumu. Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v sérii nahrávaných rozhovorů, samostatný rozhovor potrvá zhruba 2 hodiny. Vaše identita zůstane v plné anonymitě a Vaše odpovědi, které vzhledem ke zkoumanému tématu, budou mít velice důvěrný, jsou určeny pouze pro potřeby tohoto výzkumného projektu. Vaše názory mohou být v projektu použity dle Vaší individuální pozice, ale žádná individuální jména nebudou v projektu zmíněna.

Rozhovor bude nahráván na digitální diktafon. S nahrávkou bude disponovat pouze hlavní řešitelka výzkumného šetření. Na kteroukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete interview ukončit. Ukončení rozhovoru a vystoupení z projektu pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky. V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na hlavní řešitelku, Bc. Hanu Slanou (HankaSlana@seznam.cz). V případě otázek týkajících se Vašich práv jako respondenta v projektu se můžete obrátit na vedoucího diplomové práce Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. (kalina@diktologie.cz).

Pokud jste si důkladně prostudoval/a výše uvedené informace, žádám Vás tedy o Váš souhlas s poskytnutím rozhovoru a se zpracováním získaných informací k výzkumnému šetření.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Bc. Hana Slaná.



Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu. Tento souhlas je vyhotoven ve dvou stejných listinách, z nichž každá má platnost originálu. Jednu obdrží řešitelka výzkumu a druhou poskytovatel/ka rozhovoru.

Souhlasím, že informace získané z mého rozhovoru mohou být použity pro výzkumné šetření v rámci diplomové práce slečny Bc. Hany Slané, která mě seznámila s postupem výzkumu a s danou problematikou. Dále souhlasím s audiozáznamem, který bude během rozhovoru pořizován.



.....



## Informovaný souhlas – originál respondent ADAM

### Informovaný souhlas

Vážený respondente,

byl/a jste zkontaktován/a k účasti na výzkumném šetření, za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Bc. Hany Slané. Výzkumné šetření probíhá v rámci magisterského studia na 1. lékařské fakultě, Karlovy Univerzity v Praze. Téma práce zní „*Manželské soužití bývalé uživatelky alkoholu se stále závislým partnerem – případová studie*“.

Teoretická část bude shrnovat dosavadní literaturu na toto téma, empirická část bude vedena kvalitativními metodami, zaměřenými na porozumění a perspektivu participantů v souladu s etickými zásadami kvalitativního výzkumu. Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v sérii nahrávaných rozhovorů, samostatný rozhovor potrvá zhruba 2 hodiny. Vaše identita zůstane v plné anonymitě a Vaše odpovědi, které vzhledem ke zkoumanému tématu, budou mít velice důvěrný, jsou určeny pouze pro potřeby tohoto výzkumného projektu. Vaše názory mohou být v projektu použity dle Vaší individuální pozice, ale žádná individuální jména nebudou v projektu zmíněna.

Rozhovor bude nahráván na digitální diktafon. S nahrávkou bude disponovat pouze hlavní řešitelka výzkumného šetření. Na kteroukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete interview ukončit. Ukončení rozhovoru a vystoupení z projektu pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky. V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na hlavní řešitelku, Bc. Hanu Slanou (HankaSlana@seznam.cz). V případě otázek týkajících se Vašich práv jako respondenta v projektu se můžete obrátit na vedoucího diplomové práce Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. (kalina@diktologie.cz).

Pokud jste si důkladně prostudoval/a výše uvedené informace, žádám Vás tedy o Váš souhlas s poskytnutím rozhovoru a se zpracováním získaných informací k výzkumnému šetření.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Bc. Hana Slaná.



Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu. Tento souhlas je vyhotoven ve dvou stejných listinách, z nichž každá má platnost originálu. Jednu obdrží řešitelka výzkumu a druhou poskytovatel/ka rozhovoru.

Souhlasím, že informace získané z mého rozhovoru mohou být použity pro výzkumné šetření v rámci diplomové práce slečny Bc. Hany Slané, která mě seznámila s postupem výzkumu a s danou problematikou. Dále souhlasím s audiozáznamem, který bude během rozhovoru pořizován.



## Příloha č. 6

### Dotazník závislosti podle MKN-10 – respondent ADAM

Dotazník závislosti	
<p><i>Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti, a zatrhněte ji. „Droga“ znamená i alkohol nebo marihuanu nebo kombinaci různých návykových látek.</i></p>	
1. Cítil jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání užívat drogu?	Ne - <b>Někdy</b> - Často
2. Nedokázal jste se ve vztahu k droze ovládat? (Vzal jste si ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste si vzal víc, než jste původně chtěl?)	Často - <b>Někdy</b> - Ne
3. Měl jste tělesné odvykací potíže po vysazení drogy nebo jste bral nějakou drogu či lék proto, abyste odvykací potíže mírnil?	Ne - Někdy - <b>Často</b>
4. Zvyšoval jste dávku, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?	Často - Někdy - <b>Ne</b>
5. Zanedbával jste jiné zájmy kvůli droze nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku?	Ne - Někdy - <b>Často</b>
6. Pokračoval jste v užívání drogy přes škodlivé následky, o kterých jste věděl?	<b>Často</b> - Někdy - Ne
<p><b>Vyhodnocení:</b> Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 odpovědí „často“ a „někdy“ znamená, že se patrně nejedná se o závislost.</li> <li>1 – 2 odpovědi „často“ a „někdy“ – tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.</li> <li>3 – 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost.</li> </ul>	

**Zdroj:** Nešpor, 2012.

**Komentář autora – hodnocení:** *Výsledný skór 3 – 6 odpovědí „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost.*

## Příloha č. 7

### AUDIT – respondent ADAM

#### Dotazník AUDIT

vyplňte dotazník a sečtěte body, získané za odpovědi na jednotlivé otázky. Body jsou uvedeny nahoře nad každým sloupcem. Sečtením všech bodů získáte celkový skór.

#### Hodnocení dotazníku AUDIT

##### Celkové orientační hodnocení

- **Celkový skór < 8** ( u osob na 65 let <7) - není indikátorem škodlivého pití. Pokračujte podrobným hodnocením
- **Celkový skór > 8** ( u osob na 65 let >7) - existuje riziko škodlivého pití
- **Celkový skór 8-15** - představuje střední úroveň problémů s alkoholem
- **Celkový skór 16 -19** - představuje vysokou úroveň problémů s alkoholem
- **Celkový skór >20** - indikuje závislost na alkoholu

##### Podrobné hodnocení

- **Otázky 2 a 3:** u každé z těchto otázek více jak 1 bod indikuje rizikové pití, které může poškodit zdraví
- **Otázky 4, 5 a 6:** u každé z těchto otázek skór více jak 1 bod indikuje riziko závislosti na alkoholu
- **Otázky 7,8,9,10:** u každé z těchto otázek získané body ukazují, že již došlo k poškození zdraví v souvislosti s pitím alkoholu.

**Dotazník AUDIT:**

Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zeptat se Vás na Vaše zvyklosti pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi. U každé otázky zaškrtněte možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Demografické informace (neuvádějte, prosím, jméno).

Pohlaví: muž / žena Věk: 54 let Dokončené vzdělání: PLNÉ STŘEDNÍ VZDĚLÁNÍ V MATEMATICE

Současné zaměstnání: INVALIDNÍ DUCHO

Otázky	0	1	2	3	4	Score
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	Dva- až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	<b>1</b>
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	<b>3</b>
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	<b>1</b>
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	<b>4</b>
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	<b>1</b>
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	<b>1</b>
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	<b>4</b>
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	<b>4</b>
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	<b>2</b>
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	<b>4</b>
					<b>Celkem</b>	<b>25</b>

**Zdroj:** Babor, 2001.

**Komentář autora – hodnocení:** *Celkový skór 25 indikuje závislost na alkoholu.*

## Příloha č. 8

### Dotazník kvality WHOQOL-BREF – respondentka EVA

PCP 2003/NUDZ 2015

#### KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

##### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.



Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

## Příloha č. 9

### Dotazník kvality WHOQOL-BREF – respondent ADAM

PCP 2003/NUDZ 2015

#### KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

##### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.



Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

## Příloha č. 10

### Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení

#### Výsledné skóry položek a domén WHOQOL-BREF ADAMA a EVY

domény		N	průměr	STD	min.	max.	ADAM	EVA
dom 1	fyzické zdraví	308	15,55	2,55	5,14	20,00	14,85	14,85
dom 2	duševní zdraví	308	14,78	2,43	6,67	20,00	14,00	11,33
dom 3	sociální vztahy	308	14,98	2,89	4,00	20,00	13,33	13,33
dom 4	životní podmínky	308	13,30	2,08	6,00	18,50	15,00	16,00
Q1	kvalita života	310	3,82	0,72	1,00	5,00	3,00	3,00
Q2	spokojenost se zdravím	310	3,68	0,85	1,00	5,00	2,00	1,00

**Zdroj:** Dragomirecká, E., Bartoňová, J. (2006a). Tabulka 26.

**Poznámka:** Rozpětí škály u domén 4 – 20, u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1 – 5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (pouze u domén). STD = standardní odchylka.

#### Zhodnocení a porovnání výsledků – komentář autora:

Po konzultaci se spoluautorku české verze dotazníku Mgr. Jitkou Prajsovou, jsem k porovnání výsledných hodnot našich respondentů využila příručku pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Výsledné hodnoty nebylo

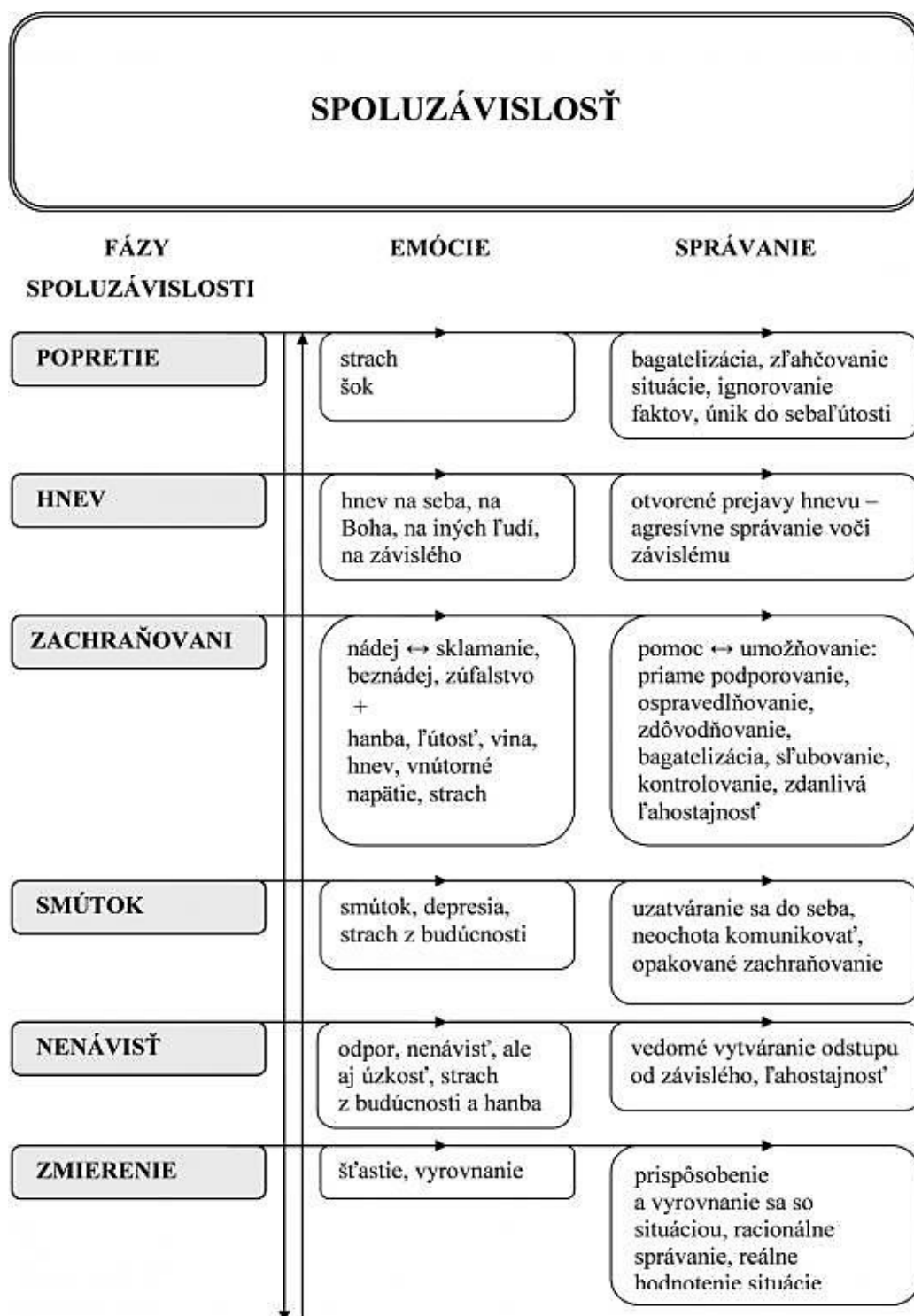
možné posuzovat pouze mezi vlastním výzkumným souborem. Protože se jedná pouze o dva respondenty, což je velice malý a bohužel nepříliš reprezentativní vzorek.

Výsledné hodnoty Adama a Evy, vypovídají o jejich subjektivním a aktuálním náhledu na život. Odpovědi, které v dotazníku uvedli, jsou bezesporu zajímavé. Avšak závěrečné výsledky v porovnání s celkovou populací nejsou příliš odlišné. V tabulce si nelze nevšimnout, že ve dvou oblastech se naši respondenti shodují. Jedná se o doménu fyzické zdraví a o kvalitu života. Obě tyto výsledné hodnoty jsou průměrné.

Co se týče domény duševního zdraví a spokojenosti se zdravím, je jisté, že Syndrom závislosti na alkoholu (F10.2) a Afektivní porucha (F31.7), jež byla respondentce diagnostikována, se v jejím životě neblaze odráží. Eva v průběhu rozhovoru však zdůrazňovala, že od svého věku už ani nic jiného neočekává. Adamovy hodnoty jsou v oblasti duševního zdraví v mezích průměru. Avšak se svým zdravím, také není zcela spokojen, což také vyplývá z údajů zmíněných v AUDITu. Úrazy, jež se staly v důsledku jeho pití a s tím spojené komplikace, které jej doprovázejí dodnes.

Život v zahraničí respondentům poskytuje jiný (možná lepší) způsob života a hodnoty v doméně životní podmínky jsou dokonce nadprůměrné. Avšak na druhou stranu se jim může pobyt v zahraničí nepříznivě odrážet do jejich života v sociální oblasti, protože bydlí tak daleko od své rodiny.

## Schéma spoluzávislosti



**Zdroj:** Šavrnichová & Rusnáková, 2011.

# Prohlášení zájemce o nahlédnutí

**Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta**

**Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>